

ZD ČRNUČE, PRIMOŽIČEVA 2
ZVŠOM, Šarolta Starc, dr.med.
narocanje.sarolta.starc@zd-lj.si
01-3003-390

Spoštovana kolegica, kolega!

Prosimo, da nam za učenca/-ko _____, roj. _____,
stanujočega/-o _____,
ki obiskuje _____, razred _____,
odstopite njegov/njen preventivni zdravstveni karton ali posredujete podatke, ki so v tem dopisu.

Točki 1. in 2. izpolni zdravnik šole, ki je opravljal preventivne preglede, točko 3. otrokov osebni zdravnik.

Izpolnjen vprašalnik pošljite na naš naslov.

Zahvaljujemo se vam za sodelovanje in vas lepo pozdravljamo.

Ljubljana, _____

Žig in podpis zdravnika

1. **CEPLJENJA** – vpišite datume opravljenih cepljenj v celoti (dan, mesec in leto) v bela polja:

Vrsta cepljenja	OSNOVNO CEPLJENJE			REVAKINACIJA		
	I.	II.	III.	I.	II.	III.
Di Te Per Hib IPV						
Di Te Per						
OMR						
Hepatitis B						
Tetanus						
HPV						
KME						

Reakcije po opravljenih cepljenjih in izvedeni ukrepi:



2. IZVID ZADNJEGA PREVENTIVNEGA PREGLEDA, ki je bil opravljen dne: _____

Telesna teža	
Telesna višina	
Krvni tlak	
Vid	
Barvni vid	
Menarha	
Zadnji ADG (datum in izvid)	
Zadnji Hemoglobin (datum in vrednost)	
Zadnji urin (datum in izvid)	

Posebnosti na pregledu:

--

Datum: _____

Podpis imenovanega zdravnika šole: _____

3. OSEBNA ANAMNEZA

Družinske bolezni:	
Prebolele nalezljive bolezni:	
Ponavljajoče akutne bolezni:	
Kronične bolezni:	
Alergije:	
Poškodbe (datum in diagnoza):	
Hospitalizacije in operacije (datum in diagnoza):	
Drugo (vročinski krči, epilepsija, duševne motnje, ...):	

Datum: _____

Podpis osebnega zdravnika: _____