

ZDL BEŽIGRAD

Zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine

Kržičeva ulica 10, Ljubljana

narocanje.sarolta.starc@zd-lj.si

**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			REVAKCINACIJA		
	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: \_\_\_\_\_