**Poštovani roditelji, kako bismo Vaš dolazak u školsku ambulantu učinili što ugodnijim, a vrijeme provedeno kod nas što kraće ali i učinkovito iskorišteno, molimo Vas da nam ispunite ovaj obrazac te pošaljete prije pregleda na mail:**

**tatjana.culina@zzjzpgz.hr**

**Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum kada ste pozvani na pregled:** |  | **Škola u koju se dijete upisuje:** |  |
| **Opći podaci:** |
| **Ime i prezime djeteta :** | **Spol**: M / Ž  |
| **Datum i mjesto rođenja :** | **OIB :** |
| **Adresa stanovanja :** |  |
| **Ime i prezime oca**  |  | **god.rođenja** |  |
| **Zanimanje oca** |  | **Stručna sprema** **oca :** | OŠSŠVišaVisokaDoktorat  |
| **Ime i prezime majke** |  | **god.rođenja** |  |
| **Zanimanje majke** |  | **Stručna sprema majke :**  | OŠSŠVišaVisokaDoktorat  |
| **Bračno stanje roditelja:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Dijete živi s :**  | * oba roditelja
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Kontakt roditelja, telefon:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **e-mail** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Boluje li netko i obitelji ( do djedova i baka djeteta) od nekih kroničnih bolesti?** | * Ne
* Da (navesti tko i od koje bolesti)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Razvoj** |
| **Rođen :*** U terminu
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | **Porođajna težina:\_\_\_\_\_** | **Porođajna dužina:\_\_\_\_\_** | **APGAR:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Prvi zubići** s \_\_\_ mj.  | **Sjedi** s \_\_\_\_ mj. | **Prve riječi** s \_\_\_ mj. | **Prohodalo s** \_\_\_\_ mj.  |
| **Prestalo koristiti pelene** s \_\_\_\_\_\_mj. | * **Pohađa vrtić** \_\_\_ god.
* **nije pohađalo vrtić**
 |  |
| **Prehrana**: |
| dnevno **mlijeka** \_\_\_ ml | **kuhanih** obroka/dan\_\_\_, | **mesni** obroci/tjedan\_\_\_\_ |
| **Bolesti:** |
| **Boluje li dijete od kroničnih bolesti?** |  |
| **Uzima li dijete neku terapiju?** |  |
| **Ima li dijete alergije?** |  |
| **Je li dijete preboljelo neku od ovih zaraznih bolesti.?****Ako da, navedite godinu .** | **Vodene kozice** Ne/Da | **Šarlah**Ne/Da | **Difterija**Ne/Da |
| **Infektivna mononukleoza** Ne /Da | **Tuberkuloza**Ne /Da | **Hepatitis**Ne/Da |
| **Rubeola**Ne /Da | **Zaušnjaci**Ne /Da | **Ospice**Ne /Da |
| **Je li dijete upućivano:** | **Logopedu** | Ne/Da |
| **Psihologu**  | Ne/Da |
| **Neki drugi specijalistički pregled**  | Ne/Da |

**Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum ispunjavanja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_