

IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU UČENIKA/CE

*IME I PREZIME _____
*MOB. UČENIKA _____ 09 _____
DATUM I MJESTO ROĐENJA _____
*ADRESA STANOVANJA _____
SREDNJA ŠKOLA _____ RAZRED _____
*OIB UČENIKA/CE _____
BROJ ZDRAVSTVENE ISKAZNICE _____
**polja sa zvjezdicom obavezno popuniti*

OBITELJSKA ANAMNEZA

IME MAJKE/SKRBNICE _____
ZANIMANJE _____
ŠKOLSKA SPREMA osnovna – srednja – viša - visoka
TELEFON _____ *MOB. _____
IME OCA/SKRBNIKA _____
ZANIMANJE _____
ŠKOLSKA SPREMA osnovna-srednja-viša-visoka
TELEFON _____ *MOB. _____
RODITELJI ŽIVE: zajedno-rastavljeno-odvojeno-umrli (otac/majka)
UČENIK IMA: braća __sestre __zajedničko kućanstvo ukupno broji članova _____

KRONIČNE BOLESTI U OBITELJI: Dijabetes _____
Hipertenzija _____
Artritis _____
Epilepsija _____
Srčana oboljenja _____
Duševne bolesti _____

OBITELJ STANUJE: vlastita kuća/ stan – podstanar – ugovor o najmu

OSOBNANAMNEZA UČENIKA/CE

*UČENIK/CA PROCIJEPLEN PO KALENDARU CIJEPLJENJA da / ne
PREBOLJENE ZARAZNE BOLESTI (navesti koje) _____
*KRONIČNE BOLESTI ne/da _____
*ALERGIJE ne / da (navesti koje) _____
*UČENIK/CA KORISTI LIJEKOVE U TERAPIJI da / ne
naziv lijeka _____
UČENIK DOŽIVIO FIZIČKU TRAUMU (povreda, uganuće zgloba , prijelom) da / ne
(navesti kakvu i u kojoj životnoj dobi) _____
UČENIK/CA DOŽIVIO PSIHIČKU TRAUMU (smrt bliske osobe, obiteljske svađe, nasilje, požar, provalu,
prometnu nesreću i sl.) _____
UČENIK/CA HOSPITALIZIRAN ne/da (ako da u kojoj dobi i razlog) _____
VID UČENIKA/CE : normalan - kratkovidan/na - dalekovidan/na - strabizam
(ukoliko ima refraktivnih problema navesti dioptriju i pomagala koja koristi) _____

OKRENI

SLUH UČENIKA/CE: normalan-nagluh-gluh _____

*NEUROTSKE SMETNJE UČENIKA/CE: tikovi - učestale glavobolje - grickanje noktiju - noćno mokrenje/hodanje, pričanje u snu/drugo _____

UČENIK/CA POHAĐAO: logopedska th. _____

Fizikalna th. _____

Psihološka th. _____

***SPECIFIČNA PREHRANA ne / da**

(*alergije na određenu hranu, celijakija i sl) _____

SLOBODNE AKTIVNOSTI _____

*NADLEŽAN LIJEČNIK OPĆE MEDICINE

IME _____ DZ _____ TEL. _____

*NADLEŽAN LIJEČNIKA DENTALNE MEDICINE

IME _____ DZ _____ TEL. _____

TOČNOST PODATAKA RODITELJ ILI SKRBNIK POTVRĐUJE SVOJIM POTPISOM

U Zagrebu2018.

Zahvaljujemo na suradnji!

POTPIS RODITELJA ILI ODGOVORNE OSOBE:

Predlažemo Vam da potražite liječnika opće prakse i liječnika dentalne medicine u Zagrebu obzirom da učenici/ce provode više od 9 aktivnih mjeseci u domu.

Prijedlog se posebice odnosi na učenike/ce koji su iz mjesta udaljenih više od 70-ak km od Zagreba. U suprotnom će učenik/ca u slučaju bolesti biti upućen kući liječniku opće prakse ili ukoliko zdravstveni voditelj u domu procijeni ugroženost vitalnih funkcija, pozvati će se hitna medicinska pomoć i pozvati roditelji ili skrbnici.

Upozoravamo također da bez obzira na liječnika u Zagrebu, roditelj ili skrbnik dužan je doći po dijete u slučaju zarazne bolesti i odvesti ga na kućnu njegu ili u dogovoru sa zdravstvenim voditeljem popratiti daljnje potrebno liječenje.

Specijalističke preglede ili pretrage i kontrole učenik/ca obavlja u pratnji roditelja ili skrbnika. Roditelji/skrbnici su također dužni prijaviti lijekove koje učenik/ca koristi kao i svaki medicinski postupak koji učenik obavlja (o uzimanju lijekova brinu sami učenici)

Tijekom boravka u Zagrebu učenik treba sa sobom obavezno imati valjanu zdravstvenu iskaznicu. Za pitanja i informacije javite se zdravstvenom voditelju prilikom upisa!

Potpis roditelja da učenik/ca nije alergičan na nikakve lijekove i da može u slučaju potrebe dobiti analgetik za bolove ili antipiretik protiv povišene temperature.

(specifična terapija prima se uz nadzor liječnika opće medicine ili liječnika specijalista)
