

Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)

Opći podaci:

Ime i prezime djeteta : _____ Spol M / Ž

Datum i mjesto rođenja : _____

OIB : _____

Adresa stanovanja : _____

Kontakt roditelja:

e-mail:

Izabrani liječnik djeteta:

Ordinacija:

Ime i prezime oca _____ god.rođenja _____

Ime i prezime majke _____ god.rođenja _____

Brat,sestra (ime i godište) :

Zanimanje oca _____

Stručna sprema : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

Zanimanje majke _____

Stručna sprema majke : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje , Doktorat (zaokružiti)

Bračno stanje roditelja _____

Dijete živi s : oba roditelja ili _____

Da li netko u obitelji (do djedova i baka djeteta) boluje od nekih kroničnih bolesti (zaokružiti):

Ne

Da – navesti tko i od koje bolesti:

Pohađa vrtić _____god.

Škola u koju se dijete upisuje: OŠ _____

Iz anamneze:

Trudnoća: uredna – DA/NE

Ukoliko NE navedite komplikaciju

Porod (s koliko mjeseci)

Porođajna dužina

Porođajna težina

Apgar

Prvi zubići s ____ mj. Sjedi s ____ mj. | Prve riječi s ____ mj. | Prohodalo s ____ mj.
Prestalo koristiti pelene s _____mj.

Prehrana: dnevno mlijeka ____ ml , kuhanih obroka/dan____,mesni obroci/tjedan____

Boluje li dijete od kroničnih bolesti? Ne/ Da _____

Uzima li dijete neku terapiju? Ne/Da _____

Ima li dijete alergije? Ne/ Da _____

Je li dijete prebolilo neku od ovih zaraznih bolesti.? Ako da, navedite godinu .

Vodne kozice (Varicella) Ne/Da _____

Šarlah Ne/Da _____

Difterija Ne/Da _____

Infektivna mononukleoza Ne /Da _____

Tuberkuloza Ne /Da _____

Ospice Ne /Da _____

RubeolaNe /Da _____

Zaušnjaci Ne /Da _____

Hepatitis Ne/Da _____

Dijete upućivano: logopedu NE/DA
psihologu NE/DA
specijalistički pregled NE/DA, kojem specijalisti? _____

Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta? _____

Datum ispunjavanja _____ Potpis roditelja: _____