

Odjel školske i sveučilišne medicine NZZJZ PGŽ

IZVOD IZ ZDRAVSTVENOG KARTONA (ispunjava odabrani liječnik-pedijatar ili obiteljski liječnik)

Ime i prezime djeteta: _____

Datum rođenja: _____ OIB: _____ MBO: _____

Ime i prezime majke: _____ Ime i prezime oca: _____

Trudnoća: uredna, ako nije _____

Porod: uredan, ako nije _____

Porođajna masa (g): _____ Porođajna duljina (cm): _____

API: _____

Psihomotorni razvoj: uredan, ako ne _____

Zarazne bolesti (koje i kada ?) _____

Kronične bolesti (vrsta, od kada, terapija)

Operacije (koje i kada?) _____

Dokazana preosjetljivost na lijekove ili cjepiva: DA – NE

Ako DA, pojasniti _____

Alergije: DA – NE Ako da, pojasniti _____

Ostala zapažanja u vezi fizičkog i psihičkog razvoja djeteta

Da li je dijete kategorizirano? DA – NE Ako DA, roditelj donosi kopiju Rješenja JTV/CZSS.

Podaci o cijepljenju: redovito, ako nije pojasniti _____

(Izvodu priložiti cijeplni karton iz zdravstvenog kartona djeteta)

Mjesto i datum: _____

Potpis liječnika: _____