**Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)**

**Opći podaci:**

Ime i prezime djeteta : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spol (M/Ž)\_\_\_\_\_\_\_

Datum i mjesto rođenja : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa stanovanja : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt roditelja: telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Škola u koju se dijete upisuje: OŠ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izabrani liječnik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime oca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ god.rođenja \_\_\_\_\_\_

Zanimanje oca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stručna sprema : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat

Pušač: NE/DA\_\_\_\_\_ koliko cigareta/dan\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime majke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ god.rođenja \_\_\_\_\_\_

Zanimanje majke\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Pušač: NE/DA\_\_\_\_\_ koliko cigareta/dan\_\_\_\_\_\_\_

Bračno stanje roditelja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dijete živi s : oba roditelja ili \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ima li dijete braće i sestara:

Braća (godište)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Polubraća(godište)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sestre(godište)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Polusestre(godište)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ne

Da – navesti tko i od koje bolesti:

**Iz anamneze:**

Trudnoća po redu\_\_\_\_\_\_\_, uredna/održavana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porod po redu\_\_\_\_\_\_\_, u kojem tjednu gestacije\_\_\_\_\_\_\_\_, prirodni/carski

Rodna težina\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rodna duljina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Apgar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poteškoće po porodu ili prvih mjesec dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prve riječi s \_\_\_ mj., prve rečenice s \_\_\_ mj, prohodalo s \_\_\_\_\_\_mj, pelene do\_\_\_\_\_\_\_\_mj

Pohađa vrtić \_\_\_ god.; malu školu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 preboljelo neku od ovih zaraznih bolesti.? Ako da, navedite godinu .

Vodene kozice (Varicella) Ne/Da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Šarlah Ne/Da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Difterija Ne/Da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infektivna mononukleoza Ne /Da \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tuberkuloza Ne /Da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ospice Ne /Da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rubeola Ne /Da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zaušnjaci Ne /Da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hepatitis Ne/Da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kovid-19\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dijete ležalo u bolnici (kada, zbog čega?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_