**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 bližoj i široj obitelji 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Prvi zubići s \_\_\_ mj. Sjedi s \_\_\_\_ mj. **|** Prve riječi s \_\_\_ mj. **|** Prohodalo s \_\_\_\_ mj.

Prestalo koristiti pelene s \_\_\_\_\_\_mj.

Prehrana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Boluje li dijete od kroničnih bolesti? Ne/ Da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ako DA od kojih\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uzima li dijete neku terapiju? Ne/Da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ima li dijete alergije? Ne/ Da

 Ako DA –navedite koju\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je li dijete prebolilo neku od zaraznih bolesti.? Ako da, navedite koju \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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