**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 .

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

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