



IZPOLNI ZDRAVNIK ŠOLSKEGA DISPANZERJA, NA PODLAGI SISTEMATSKEGA PREGLEDA V OSNOVNI ŠOLI

Spoštovani zdravnik, zdravnica!

Prosimo vas, da nam za dijaka _____

rojenedga _____, stanujoč _____,

posredujete naslednje podatke:

CEPLJENJE

| Povzročitelj | Bazično cepljenje | | | Revakcinacija | |
|--------------------------------|-------------------|----|----|---------------|----|
| | 1. | 2. | 3. | 1. | 2. |
| Di – Te Per Polio Hib | | | | | |
| MMR | | | | | |
| Hepatitis B | | | | | |
| HPV | | | | | |
| | | | | | |

IZVID ZADNJEGA SISTEMATSKEGA PREGLEDA

DATUM: _____

| | | | |
|----------------|--|---------------------|--|
| Telesna teža | | Posebnosti pregleda | |
| Telesna višina | | | |
| RR | | | |
| Vid | | | |
| Barvni vid | | | |
| Menarha | | | |
| Zadnji Hb | | Datum | |
| Zadnji urin | | Datum | |
| Zadnji ADG | | Datum | |

OBRNI

Familiarna anamneza: _____

Ponavljajoče se akutne bolezni: _____

Kronične bolezni: _____

Alergije: _____

Reakcije po cepljenju: _____

Hospitalizacije, operacije: _____

Drugo (vročinski krči, epilepsija, duševne motnje, težje poškodbe,...):

Zahvaljujemo se vam za pomoč in sodelovanje!

Datum: _____ Podpis in žig zdravnika: _____