

## Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)

### Opći podaci:

Ime i prezime djeteta: \_\_\_\_\_ Spol: M Ž

Datum i mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Stručna sprema: OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

Zaposlen: DA NE

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

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

Zaposlena: DA NE

Braća (godina rođenja): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_...

Sestre (godina rođenja): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_...

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: \_\_\_\_\_

Kontakt roditelja: telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

**Iz anamneze:**

Prvi zubići s \_\_\_\_ mj. | Sjedi s \_\_\_\_ mj. | Prve riječi s \_\_\_\_ mj. | Prve rečenice \_\_\_\_ mj.

Prohodalo s \_\_\_\_ mj. | Prestalo koristiti pelene s \_\_\_\_ mj.

Pohađa vrtić \_\_\_\_ god. / nije pohađalo vrtić

Trudnoća (po redu) \_\_\_\_\_, porod (po redu) \_\_\_\_\_, s koliko mjeseci \_\_\_\_\_,

Uredan porod: DA NE      Porođajna težina \_\_\_\_\_, Porođajna duljina \_\_\_\_\_

Prehrana: dnevno mlijeka \_\_\_\_ L, 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 mononukleozna      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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_