**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)

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:

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

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

**Iz anamneze:**

Porođajna težina\_\_\_\_\_\_\_, porođajna duljina\_\_\_\_\_\_\_\_, APGAR 1´\_\_\_\_\_\_APGAR 5´\_\_\_\_\_\_

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

Prestalo koristiti pelene s \_\_\_\_\_\_mj. **|** Pohađa vrtić \_\_\_ god. /nije pohađalo vrtić

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