

Upitnik o zdravlju

Dijete: _____ **rođeno** _____

Nacionalnost: _____ Mjesto rođ: _____

Ulica: _____ PLZ/Adresa: _____

Telefon: _____ Mobilni: _____

živi kod: roditelja oca majke adopt. roditelji staratelji _____

dječiji/kućni doktor: _____

1. Koliko sestara i braće ima vaše dijete:

Sestre: _____ Braća: _____

2. Porodajni tok:

U kojoj sedmici trudnoće je rođeno vaše dijete? _____ Sedmica trudnoće.

Porodna težina: _____ g Dužina tjela: _____ cm Obim glave: _____ cm

Apgar-Vrednosti: ___/___/___

3. Kada je vaše dijete moglo da ...?

slobodno sjedi _____ Mjeseci

hoda _____ Mjeseci izgovara prve riječi _____ Mjeseci

4. Koje vakcine je primilo vaše dijete i koliko?

Vakcine protiv:	Datum cijepljenja:					
Tetanus						
Difteria						
Pertussis						
Polio (OPV)						
Hepatitis B						
HiB						
Pneumokokke						
Meningokokke C						
Rotavirusa						
Ospice						
Zausnjaci/Rubeola						
Varizelle						
Influenca						
HPV (samo djevojčice)						

5. Koje bolesti ima vaše dijete?

Groznični grčevi Padavica (Epilepsija) Neurodermitis Asthma

Greške na srcu Tuberkuloza Sećerna bolest

nepravilnosti od rođenja

Nepravilnosti: _____

Nesreće ili druge teške bolesti: _____

6. Uzima li vaše dijete redovno Medikamente? ne da (navedite Medikamente)

7. Dali vaše dijete ima/koristi pomoćna sredstva?

Naočale Aparat sluha Invalidska kolica Ortheze

Ostalo _____

8. Koje terapijske mjere su sprovedene ili su predviđene?

Fizioterapija kada/od _____ Ergoterapija kada/od _____

Govorna terapija kada/od _____ Ostale kada/od _____

9. Dosadašnji boravci u bolnici:

Bolnica/Klinika

Razlog

od/do

10. Koje su operacije sprovedene ili predviđene za vaše dijete?

Adenotomija kada? _____ Tonsillektomija kada? _____

Paukendrainage kada? _____ Ostale kada? _____

Ovaj upitnik je ispunjen

datum _____ od _____

Za pregled vašeg djeteta su nam potrebne (ako ih imate) sljedeće potvrde:

Prijašnji pregledi/knjižica, vakcinacije i izvještaji (Pisma liječnika, izvještaji, itd.)