

ZDRAVSTVENI UPITNIK

1. IME I PREZIME UČENIKA/CE _____
2. DATUM I MJESTO ROĐENJA _____
3. UPISANA U SREDNJU ŠKOLU _____ RAZRED _____
4. BR. MOB. UČENIKA/CE _____

OBITELJSKA ANAMNEZA

1. RODITELJI ŽIVE: zajedno- rastavljeno – odvojeno - umrli(otac/majka)
2. UČENIK/ CA IMA: BRAĆA _____
SESTRE _____
3. KRONIČNE BOLESTI U OBITELJI: Diabetes _____
Hipertenzia _____
Artritis _____
Epilepsija _____
Srčana oboljenja _____
Duševne bolesti _____
Maligne _____
4. OBITELJ STANUJE: vlastita kuća/stan – podstanar - ugovor o najmu
5. OBITELJ UČENIKA/ CE U TRETMANU CENTRA ZA SOC. SKRB
da/ne- razlog _____

OSOBNANAMNEZA UČENIKA/CE

1. POROD UČENIKA/ CE: uredan - uranjen- težak _____
2. UČENIK/ CA POHAĐAO/ LA: logopedska th. _____
Fizikalna th. _____
Psihološka th. _____
3. KRONIČNE BOLEST **da/ne** _____
4. ALERGIJE **da/ne**(navesti koje) _____
5. UČENIK/ CA UZIMA ORDINIRANU TERAPIJU **da/ne**(razlog, naziv th., doza) _____
6. UČENIK/ CA DOŽIVIO FIZIČKU/PSIHIČKU TRAUMU **da/ne** (povreda, uganuće zgloba, prijelom, rastava roditelj, smrt u bliskoj obitelji, poplava...)
7. UČENIK/ CA HOSPITALIZIRAN/A **da/ne** (ako da u kojoj dobi i razlog) _____

8. VID UČENIKA/ CE: normalan- kratkovidan/ na- dalekovidan/ na-strabizam
(ukoliko ima refraktivnih problema navesti dioptriju i pomagala koja koristi) _____
9. SLUH UČENIKA/ CE: normalan- nagluh/ a- gluhi/ a _____
10. NEUROTSKE SMETNJE UČENIKA/ CE: tikovi- učestale glavobolje- grickanje
noktiju- noćno mokrenje, mjesečarenje _____

11. UČENIK/ CA PROCIJEPLJEN PO KALENDARU CIJEPLJENJA **da/ ne** _____
(provjeriti učenike koji se nisu školovali u RH ili dio školovanja proveli u inozemstvu kontaktirati nadležnu školsku ambulantu!)

12. SPECIFIČNA PREHRANA **da/ne** _____

13. SLOBODNE AKTIVNOSTI _____

14. TJELESNA TEŽINA I VISINA _____

15. NADLEŽAN LIJEČNIK OPĆE MEDICINE

IME _____ DZ _____ TEL. _____

NADLEŽAN STOMATOLOG

IME _____ DZ _____ TEL. _____

16. DJEVOJKE: menarha _____

menstruacija: redovita – neredovita – bolna – obilna - pod terapijom (pregledi specijaliste, ime dr., kontrole i koju th.uzima)

Kontakt osoba (u slučaju hitne intervencije u bolnici i sl. osoba koju možemo kontaktirati umjesto roditelja/staratelja) _____

U Zagrebu _____

Zahvaljujemo na suradnji!

POTPIS RODITELJA/ STARATELJA

*NAPOMENA:

Točnost podataka roditelj ili skrbnik potvrđuje svojim potpisom.

Ukoliko roditelj/skrbnik zataji informacije o zdravstvenom stanju svog djeteta/štićenika i konzumaciji medikamenata posljedice snosi osobno.