

# IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU UČENIKA/CE

\*IME I PREZIME \_\_\_\_\_

\*MOB. UČENIKA \_\_\_\_\_ 09 \_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

\*ADRESA STANOVANJA \_\_\_\_\_

SREDNJA ŠKOLA \_\_\_\_\_ RAZRED \_\_\_\_\_

\*OIB UČENIKA/CE \_\_\_\_\_

BROJ ZDRAVSTVENE ISKAZNICE \_\_\_\_\_

*\*polja sa zvjezdicom obavezno popuniti*

## OBITELJSKA ANAMNEZA

IME MAJKE/SKRBNICE \_\_\_\_\_

ZANIMANJE \_\_\_\_\_

ŠKOLSKA SPREMA osnovna – srednja – viša - visoka

TELEFON \_\_\_\_\_ \*MOB. \_\_\_\_\_

IME OCA/SKRBNIKA \_\_\_\_\_

ZANIMANJE \_\_\_\_\_

ŠKOLSKA SPREMA osnovna-srednja-viša-visoka

TELEFON \_\_\_\_\_ \*MOB. \_\_\_\_\_

RODITELJI ŽIVE: zajedno-rastavljeno-odvojeno-umrli (otac/majka)

UČENIK IMA: braća\_\_sestre\_\_zajedničko kućanstvo ukupno broji članova \_\_\_\_\_

KRONIČNE BOLESTI U OBITELJI: Dijabetes \_\_\_\_\_

Hipertenzija \_\_\_\_\_

Artritis \_\_\_\_\_

Epilepsija \_\_\_\_\_

Srčana oboljenja \_\_\_\_\_

Duševne bolesti \_\_\_\_\_

OBITELJ STANUJE: vlastita kuća/ stan – podstanar – ugovor o najmu

## OSOBNA ANAMNEZA UČENIKA/CE

\*UČENIK/CA PROCIJEPLJEN PO KALENDARU CIJEPLJENJA da / ne

PREBOJENE ZARAZNE BOLESTI (navesti koje) \_\_\_\_\_

\*KRONIČNE BOLESTI ne/da \_\_\_\_\_

\*ALERGIJE ne / da (navesti koje) \_\_\_\_\_

\*PM(prvi m.ciklus-ž) \_\_\_\_\_

\*UČENIK/CA KORISTI LIJEKOVE U TERAPIJI da / ne

naziv lijeka \_\_\_\_\_

UČENIK DOŽIVIO FIZIČKU TRAUMU (povreda, uganuće zgloba , prijelom) da / ne

(navesti kakvu i u kojoj životnoj dobi) \_\_\_\_\_

UČENIK/CA DOŽIVIO PSIHIČKU TRAUMU (smrt bliske osobe, obiteljske svađe, nasilje, požar, provalu, prometnu nesreću i sl.) \_\_\_\_\_

UČENIK/CA HOSPITALIZIRAN ne/da (ako da u kojoj dobi i razlog) \_\_\_\_\_

VID UČENIKA/CE : normalan - kratkovidan/na - dalekovidan/na - strabizam

(ukoliko ima refraktivnih problema navesti dioptriju i pomagala koja koristi) \_\_\_\_\_

**OKRENI**

SLUH UČENIKA/CE: normalan-nagluh-gluh \_\_\_\_\_  
\*NEUROTSKE SMETNJE UČENIKA/CE: tikovi - učestale glavobolje - grickanje noktiju - noćno mokrenje/hodanje, pričanje u snu/drugo \_\_\_\_\_

UČENIK/CA POHAĐAO: logopedska th. \_\_\_\_\_

Fizikalna th. \_\_\_\_\_

Psihološka th. \_\_\_\_\_

**\*SPECIFIČNA PREHRANA ne / da**

(\*alergije na određenu hranu, celijakija i sl) \_\_\_\_\_

SLOBODNE AKTIVNOSTI \_\_\_\_\_

\*NADLEŽAN LIJEČNIK OPĆE MEDICINE

IME \_\_\_\_\_ DZ \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

\*NADLEŽAN LIJEČNIKA DENTALNE MEDICINE

IME \_\_\_\_\_ DZ \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

### ***TOČNOST PODATAKA RODITELJ ILI SKRBNIK POTVRĐUJE SVOJIM POTPISOM***

U Zagrebu .....

Zahvaljujemo na suradnji!

POTPIS RODITELJA ILI ODGOVORNE OSOBE:

---

**Predlažemo Vam da potražite liječnika opće prakse i liječnika dentalne medicine u Zagrebu obzirom da učenici/ce provode više od 9 aktivnih mjeseci u domu. Prijedlog se posebice odnosi na učenike/ce koji su iz mjesta udaljenih više od 70-ak km od Zagreba. Učenik/ca u slučaju bolesti će biti upućen liječniku opće prakse i kući ili ukoliko zdravstveni voditelj u domu procijeni ugroženost vitalnih funkcija, pozvati će se hitna medicinska pomoć i pozvati roditelji ili skrbnici.**

**U slučaju sumnje na COVID – 19 postupati će se u skladu s zakonskim odredbama i preporukama.**

**Upozoravamo također da bez obzira na liječnika u Zagrebu, roditelj ili skrbnik dužan je doći po dijete u slučaju zarazne bolesti i odvesti ga na kućnu njegu ili u dogovoru sa zdravstvenim voditeljem popratiti daljnje potrebno liječenje.**

**Specijalističke preglede ili pretrage i kontrole učenik/ca obavlja u pratnji roditelja ili skrbnika.**

**Roditelji/skrbnici su također dužni prijaviti lijekove koje učenik/ca koristi kao i svaki medicinski postupak koji učenik obavlja (o uzimanju lijekova brinu sami učenici)**

**Tijekom boravka u Zagrebu učenik treba sa sobom obavezno imati valjanu zdravstvenu iskaznicu.**

**Za pitanja i informacije javite se zdravstvenom voditelju prilikom upisa!**

**Potpis roditelja** da učenik/ca **nije alergičan** na nikakve lijekove i da može u slučaju potrebe dobiti analgetik za bolove ili antipiretik protiv povišene temperature.  
(specifična terapija prima se uz nadzor liječnika opće medicine ili liječnika specijalista)

U Zagrebu.....

Potpis.....

# PUNOMOĆ

Ja, -----(roditelj/skrbnik učenika)

sa prebivalištem/boravištem u -----

OIB: ----- (kontakt) -----

opunomoćujem ----- (imenovati osobu)

sa prebivalištem u -----

OIB: ----- (kontakt) -----

da me u hitnim situacijama vezano za mog sina /kćer -----

----- može zamijeniti, sve do mog osobnog dolaska u Dom.

**VAŽNO: Ukoliko nemaju tu osobu u Zagrebu roditelji su dužni odmah, po pozivu (ravnatelja, odgajatelja, zdravstvenog voditelja ili noćnog pazitelja) doći u Dom.**

U Zagrebu, .....

Roditelj/skrbnik

-----