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

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

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

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mobitel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Iz anamneze:**

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RubeolaNe /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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_