

(Ime i prezime specijalista školske medicine)

**Poštovani učenici i roditelji/staratelji, redoviti posjeti doktoru dentalne medicine temelj su očuvanja oralnog zdravlja djece, te Vas molimo za razumijevanje i suradnju.**

Ovaj obrazac djeteta/roditelj/staratelj prima od školskog liječnika ili u školi i odnosi doktoru dentalne medicine.

Ispunjeni obrazac djeteta/roditelj/staratelj vraća školskom liječniku kod pregleda za upis u 1. razred osnovne škole (predškolci) ili kod cijepljenja protiv hepatitisa B (učenici 6. razreda osnovne škole).

Za sve upite i komentare o izboru doktora dentalne medicine i pregledu možete se obratiti na sljedeće info telefone:

01/ 64 44 072, 64 44 074, 64 44 075, 64 44 096 u radnom vremenu od 8 do 16 sati.

## ZUBNA PUTOVNICA

Ime i prezime:	Spol: <b>M Ž</b>	Telefon:
Datum rođenja:	MBO:	E-pošta roditelja/staratelja:
Škola:		

### DENTALNI STATUS

#### Mliječni zubi

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

#### Trajni zubi

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

#### Oznake za status zubi

+ - zdrav zub

K - karijes

E - izvađen zub zbog karijesa

E\* - izvađen zub iz drugih razloga

P - zub s ispunom

(u kućicama s označenim plohamo precizno zacrniti plohe na kojima se nalazi zubni karijes ili ispun na zubu)

#### Napomena:

<b>Preventivni postupak</b> (za vrijeme ovog posjeta je potrebno napraviti <b>najmanje</b> jedan preventivni postupak)	<b>1.</b> Demonstracija čišćenja usta (DM120)	<b>4.</b> Pečatni ispun (DM102)
	<b>2.</b> Pečaćenje fisure po zubu (DM101)	<b>5.</b> Profilaksa s fluorom (DM115)
<b>3.</b> Motiviranje djece za higijenu usta (DM119)	<b>Sljedeći posjet</b> (početak ili nastavak liječenja, unutar 30 dana):	
<b>A.</b> liječenje započeto u ovom posjetu	Datum: _____ Vrijeme: _____	
<b>B.</b> početak liječenja se planira kod sljedećeg posjeta	<b>Kontrolni pregled</b> (za 6 mjeseci):	
<b>C.</b> liječenje započeto i završeno u ovom posjetu	Datum: _____ Vrijeme: _____	
<b>D.</b> liječenje nije potrebno		
<b>Upute za doktore dentalne medicine:</b> ispuniti velikim tiskanim slovima i zaokružiti; osim ovog popunjenog obrasca djetetu je neophodno dati termin u pisanom obliku s Vašim potpisom; ukoliko se dijete ne odazove, molimo ponuditi telefonom ili e-poštom roditelju/ili staratelju novi termin (telefon/e-poštu roditelja molimo Vas zabilježiti u ordinaciji prilikom popunjavanja ovog obrasca). Sve komentare molimo Vas navesti pod <b>Napomena</b> ili javiti na gore navedene kontakte.		

Datum pregleda: \_\_\_\_\_

Potpis doktora: \_\_\_\_\_