******



Ulica kralja Tomislava 1, 44 000 Sisak

Tel. 044 567 163, Fax. 044 548 554

 Služba za školsku i sveučilišnu medicinu

 (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 dijete/roditelj/staratelj prima od školskog liječnika ili u školi i odnosi doktoru dentalne medicine. Ispunjeni obrazac dijete/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: 044 515 402, 044 515 442 ili putem adresa e-pošte: tihana.malovic@hzzo.hr, mirjana.drcic@hzzo.hr.  |

 **ZUBNA PUTOVNICA**

Ime i prezime:

Datum rođenja:

Škola:

Spol: **M Ž**

MBO:

Telefon:

E-pošta roditelja/staratelja:

 **DENTALNI STATUS**

 **Mliječni zubi**  **Oznake za status zubi**

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

**+** - zdrav zub

K - karijes

E - izvađen zub zbog karijesa

E\*- izvađen zub iz drugih razloga

P - zub s ispunom

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Napomena**:  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

|  |  |
| --- | --- |
| **Preventivni postupak** (za vrijeme ovog posjeta je potrebno napraviti **najmanje** jedan preventivni postupak) | **1.** Demonstracija čišćenja usta (DM120) **4.** Pečatni ispun (DM102)**2.** Pečaćenje fisure po zubu (DM101) **5.** Profilaksa s fluorom (DM115)**3.** Motiviranje djece za higijenu usta (DM119) |
| **A.** liječenje započeto u ovom posjetu  | **Sljedeći posjet**(početak ili nastavak liječenja, unutar 30 dana): Datum: Vrijeme: |
| **B.** početak liječenja se planira kod sljedećeg posjeta |
| **C.** liječenje započeto i završeno u ovom posjetu | **Kontrolni pregled**(za 6 mjeseci): Datum: Vrijeme: |
| **D.** liječenje nije potrebno |
| **Upute za doktore dentalne medicine:** 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 **Napomena** ili javiti na gore navedene kontakte. |

Datum pregleda: Potpis doktora: