

(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 djetete/roditelj/staratelj prima od školskog liječnika ili u školi i odnosi doktoru dentalne medicine. Ispunjeni obrazac djetete/roditelj/staratelj vraća školskom liječniku kod pregleda za upis u 1. razred osnovne škole (predškolci) i kod cijepljenja protiv hepatitisa B i drugih aktivnosti (učenici 6. razreda osnovne škole).

Za sve upite i komentare o izboru doktora dentalne medicine i pregledu možete se obratiti na sljedeći info telefon: 020 / 455 228 u radnom vremenu od 8 do 16 sati ili na adresu e-pošte [jelena.rudenjaktomasevic@hzzo.hr](mailto:jelena.rudenjaktomasevic@hzzo.hr).

## ZUBNA PUTOVNICA

|                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| Ime i prezime djeteta: | Spol: <b>Muški</b> <b>Ženski</b> |
| Datum rođenja:         | OIB:                             |

### 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

- K** → Karijes  
**E** → Izvađen zub zbog karijesa  
**P** → Zub s ispunom

(u kućicama s označenim plohamo precizno zacrniti plohe na kojima se nalazi zubni karijes ili ispun na zubu) Zdrav zub se ne označava (ostavlja se prazno)

**Preventivni postupak** (za vrijeme ovog posjeta je potrebno napraviti **najmanje** jedan preventivni postupak)

1. Demonstracija čišćenja usta (DM120)
2. Pečaćenje fisure po zubu (DM101)
3. Motiviranje djece za higijenu usta (DM119)
4. Pečatni ispun (DM102)
5. Profilaksa s fluorom (DM115)

**A.** Liječenje započeto tijekom ovog posjeta

**C.** Liječenje započeto i završeno u ovom posjetu

**B.** Početak liječenja se planira kod sljedećeg posjeta

**D.** Liječenje nije potrebno

**Sljedeći posjet** (početak ili nastavak liječenja, u roku od 30 dana, a kontrolni pregled za 6 mjeseci):

Datum:

Vrijeme:

**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; ako se dijete ne odazove, molimo ponuditi roditelju ili staratelju novi termin telefonom ili e-poštom (telefon/e-poštu roditelja molimo Vas zabilježite u ordinaciji prilikom popunjavanja ovog obrasca). Sve komentare molimo Vas javite na gore navedene kontakte.

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

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