HZJZ HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO | Ministarstvo zdravstva | Hrvatska komora dentalne medicine | biram zdravlje www.zzjzdnz.hr

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje | Ministarstvo znanosti i obrazovanja | HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

_____
(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) i kod cijepljenja protiv hepatitisa B i drugih aktivnosti (učenici 6. razreda osnovne škole).

Ako dijete nema izabranog doktora dentalne medicine, informacija o izboru doktora dentalne medicine koji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje imaju sklopljene ugovore i mogu primiti dijete u skrb, može se dobiti na telefonu 020 / 455 228 ili putem adrese e-pošte *jelena.rudenjaktomasevic@hzzo.hr.*

ZUBNA PUTOVNICA

Ime i prezime djeteta:	Spol: **Muški** **Ženski**
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 plohama 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 **B.** Početak liječenja se planira kod sljedećeg posjeta	**C.** Liječenje započeto i završeno u ovom posjetu **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). Za sve upite o sadržaju i dostavi obrasca javite se na e-adresu *skolska.medicina@hzjz.hr*.

Datum pregleda: _____ Potpis doktora: _____