HZJZ HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Ministarstvo zdravstva

Hrvatska komora dentalne medicine

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ISTARSKE ŽUPANIJE
ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE ISTRIANA

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 ga doktoru dentalne medicine. Ispunjeni obrazac dijete/roditelj/staratelj vraća školskom liječniku pri pregledu za upis u 1. razred osnovne škole (predškolci) i kod cijepljenja protiv hepatitisa B i drugih aktivnosti (učenici 6. razreda osnovne škole).

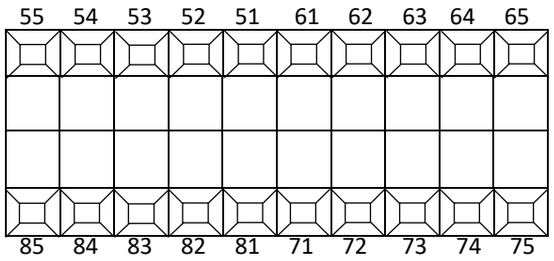
Ako dijete nema izabranog doktora dentalne medicine, informacija o izboru doktora dentalne medicine koji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje imaju sklopljene ugovore i mogu primiti dijete u skrb, može se dobiti na telefonu 052 / 610 033 ili putem adrese e-pošte *radojka.kolic@hzzo.hr.*

ZUBNA PUTOVNICA

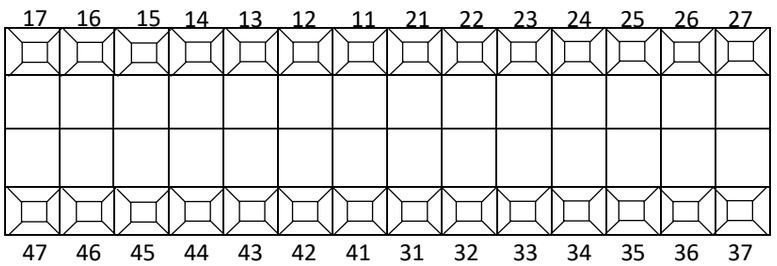
Ime i prezime djeteta:	Spol: **Muški** **Ženski**
Datum rođenja:	OIB:

DENTALNI STATUS

Mliječni zubi



Trajni zubi



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	**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). Za sve upite o sadržaju i dostavi obrasca javite se na e-adresu *skolska.medicina@hzjz.hr*.	

Datum pregleda: _____ Potpis doktora: _____