

(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: 048/ 621 341 u radnom vremenu od 8 do 16 sati ili na adrese e-pošte goran.logar@hzzo.hr, dijana.havaic@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 plohami 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: _____