



(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).

Ako djetete nema izabranog doktora dentalne medicine, informacija o izboru doktora dentalne medicine koji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje imaju sklopljene ugovore i mogu primiti djetete u skrb, može se dobiti na telefonima 049/ 658 623 i 658 600 ili na adresama e-pošte: stefanija.hrsak@hzzo.hr, romana.posloncec@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 ploham 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 djetete 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: _____