



(Ime i prezime specijalista školske medicine)

**Poštovani učenici i roditelji/staratelji, redoviti posjeti doktoru dentalne medicine su temelj 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 044/515-442 u radnom vremenu od 8 do 16 sati ili putem adrese e-pošte [Mirjana.Drcic@hzzo.hr](mailto:Mirjana.Drcic@hzzo.hr).

**ZUBNA PUTOVNICA**

Ime i prezime djeteta:

Spol: **M** **Ž**

Godina rođenja:

*Molimo roditelje/staratelje da ispune ovaj dio obrasca ako nedostaju podaci.*

**DENTALNI STATUS**

**Mliječni zubi**

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

**Oznake za status zubi**

- +** - zdrav zub
  - K** - Karijes
  - E** - Zub izvađen zbog karijesa
  - E\*** - Zub izvađen zbog drugih razloga
  - P** - Zub s ispunom
- (precizno zacrnite plohe na kojima se nalazi zubni karijes ili ispun na zubu)

**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

**Profilaksa fluorom (DM115, DM116 ili DM117) tijekom ovog posjeta: DA**

**Preventivni postupak** (osim profilakse fluorom je za vrijeme ovog posjeta potrebno napraviti najmanje još 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)

- 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; za sve upite o sadržaju i dostavi obrasca javite se na e-adresu [skolska.medicina@hzjz.hr](mailto:skolska.medicina@hzjz.hr). Informiranje učenika/roditelja/staratelja o svim postupcima predviđenima ovim obrascem kao i zaprimanje suglasnosti roditelja provodi se isključivo usmenim putem odnosno sukladno uobičajenom postupanju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

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

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