HZJZ HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO | Ministarstvo zdravstva | Hrvatska komora dentalne medicine | Sveučilište u Zagrebu Stomatološki fakultet 1948

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

_____

(Ime i prezime specijalista pedijatrije/ školske medicine)

Poštovani roditelji/staratelji i učenici, redoviti posjeti doktoru dentalne medicine su temelj očuvanja oralnog zdravlja djece.

Ovaj ispunjeni obrazac roditelj/staratelj/dijete prima od doktora dentalne medicine te ga roditelj/staratelj donosi pedijatru prilikom upisa u vrtić, a školskom liječniku pri pregledu za upis u 1. razred osnovne škole (predškolci) i tijekom 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 033/840-611 u radnom vremenu od 8 do 16 sati ili putem adrese e-pošte Durdica.Meznaric@hzzo.hr.

ZUBNA PUTOVNICA

Ime i prezime djeteta: Spol: **M** **Ž**

Godina rođenja: MBO:

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

Z - zdrav zub
K - Karijes
E - Zub izvađen zbog karijesa
O - Zub izvađen zbog drugih razloga
P - Zub s ispunom
F - Pečaćena fisura zuba

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

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: 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 putem e-pošte.

Ime i prezime dr. med. dent. _____

Datum pregleda _____ Potpis doktora _____