



ZD Rudnik, Rakovniška ul.4, 1000 Ljubljana

Spoštovani starši/skrbniki!

Vaš otrok _____, roj. _____ bo dne, _____, opravil **sistematični pregled**, ki vključuje pregled sluha odvzem krvi in cepljenje proti **DiTePer* (davici, tetanusu in oslovskemu kašlju)** (6. odmerek). Dijakinje in dijaki imajo možnost priporočenega cepljenja proti **HPV* (humani papiloma virus)**, v kolikor še niso bili cepljeni. Prvi odmerek cepiva dobijo na sistematičnem pregledu, drugega čez 2 meseca in tretjega 4 mesece po drugem odmerku.



Na pregled naj prinese:

1. Izpolnjen, podpisan vprašalnik in soglasje
2. Kartico zdravstvenega zavarovanja
3. Knjižico o cepljenju
4. Izpolnjeno izjavo o izvedbi pojasnilne dolžnosti za cepljenje proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju
5. Očala, v kolikor jih uporablja

Zdravnik šole: Tatjana Gantar, dr. med.

Spodaj podpisani _____, zakoniti/a zastopnik _____

_____ (ime in priimek otroka), izjavljam glede HPV (prosimo obkrožite):

- otrok je že bil cepljen proti HPV
- soglašam s cepljenjem proti HPV
- ne soglašam s cepljenjem proti HPV

Odgovore obkrožite in ustrezno dopolnite nekaj dni pred pregledom.

Ali je vaš otrok trenutno zdrav?	DA	NE	
Ali je v zadnjih 3 tednih prebolel kakšno bolezen?	DA	NE	
Če je odgovor DA , katero bolezen, katera zdravila je prejemal in kdaj?	DA	NE	
Ali ima kakšno kronično bolezen? (astma, epilepsija, bolezen sečil, srca, kože, ...)	DA	NE	
Če je odgovor DA , katero bolezen in kako se zdravi?	DA	NE	
Ali jemlje kakšna zdravila?	DA	NE	
Če je odgovor DA , katera?	DA	NE	
Ali ima alergijo na hrano, zdravila ali kaj drugega?	DA	NE	
Če je odgovor DA , na kaj je alergičen?	DA	NE	
Ali je imel kdaj reakcijo po cepljenju?	DA	NE	
Če je odgovor DA , po katerem cepljenju in kakšno reakcijo?	DA	NE	
Ali je vaš otrok zaradi motnje sluha obravnavan v specialistični ambulanti pri otorinolaringologu?	DA	NE	

Nam želite še kaj sporočiti?

Kontaktna telefonska številka starša/skrbnika: _____

Datum izpolnjevanja vprašalnika: _____ Podpis starša/skrbnika: _____