

2. IZVID ZADNJEGA PREVENTIVNEGA PREGLEDA, ki je bil opravljen dne: _____

Telesna teža	
Telesna višina	
Krvni tlak	
Vid	
Barvni vid	
Menarha	
Zadnji ADG (datum in izvid)	
Zadnji Hemoglobin (datum in vrednost)	
Zadnji urin (datum in izvid)	

Posebnosti na pregledu:

--

Datum: _____

Podpis imenovanega zdravnika šole: _____

3. OSEBNA ANAMNEZA

Družinske bolezni:	
Prebolele nalezljive bolezni:	
Ponavljajoče akutne bolezni:	
Kronične bolezni:	
Alergije:	
Poškodbe (datum in diagnoza):	
Hospitalizacije in operacije (datum in diagnoza):	
Drugo (vročinski krči, epilepsija, duševne motnje, ...):	

Datum: _____

Podpis osebnega zdravnika: _____