



ZDRAVSTVENI UPITNIK

(POPUNJAVA RODITELJ/STARATELJ, **NIJE** POTREBNO OVERITI KOD LEKARA)

IME I PREZIME DETETA:	
NAZIV ŠKOLE:	

1. Da li dete ima alergije (na biljke, polen, insekte, lekove i sl.)	DA NE	10. Da li je dete ikada imalo epileptične napade?	DA NE
2. Da li dete koristi određene medikamente?	DA NE	11. Da li dete ima bolesti srca?	DA NE
3. Da li je dete primilo vakcinu tetanusa u poslednjih godinu dana?	DA NE	12. Da li je dete ikada imalo ozbiljniju povredu glave?	DA NE
4. Da li je dete nedavno imalo povredu, blažu infekciju ili određenu bolest?	DA NE	13. Da li dete ima problema sa hodaњem u snu?	DA NE
5. Da li se dete ikada onesvestilo tokom ili posle fizičke aktivnosti?	DA NE	14. Da li dete ima problem sa mokrenjem u krevet?	DA NE
6. Da li je dete ikada imalo operaciju?	DA NE	15. Da li je dete imalo emocionalne teškoće za koje je tražena stručna pomoć?	DA NE
7. Da li dete ima dijabetes?	DA NE	16. Da li dete ima česte upale uha?	DA NE
8. Da li dete ima strahove?	DA NE	17. Da li je dete imalo mononukleozu u poslednjih 12 meseci?	DA NE
9. Da li dete boluje od astme?	DA NE	18. Da li dete ima hroničnu bolest?	DA NE

Ukoliko je odgovor na neko od navedenih pitanja "DA", molimo Vas da nam date objašnjenje, kao i dostavite nalaz doktora sa trenutnom dijagnozom pre polaska (naznačiti broj pitanja za koje se daje objašnjenje):

Napomena roditelja:

POTPIS RODITELJA/STARATELJA:

DATUM:
