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

_____
(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 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 023/208-937 u radnom vremenu od 8 do 16 sati ili putem adrese e-pošte *Marija.Surac@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.*
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: _____