

# ZDRAVSTVENI UPITNIK

Ime i prezime učenika/ce \_\_\_\_\_

Datum i mjesto rođenja \_\_\_\_\_

Upisana u srednju školu \_\_\_\_\_ razred \_\_\_\_\_

Broj mobitela učenika/ce \_\_\_\_\_

## OBITELJSKA ANAMNEZA

Ime majke/skrbnice \_\_\_\_\_

Zanimanje \_\_\_\_\_

Školska sprema: osnovna škola – srednja škola – viša – visoka

Telefon \_\_\_\_\_ mobitel \_\_\_\_\_

Ime oca/skrbnika \_\_\_\_\_

Zanimanje \_\_\_\_\_

Školska sprema: osnovna škola – srednja škola – viša – visoka

Telefon \_\_\_\_\_ mobitel \_\_\_\_\_

**Roditelji žive:** zajedno – rastavljeno – odvojeno – umrli (otac/majka)

Učenik/ca ima:

- braću \_\_\_\_\_
- sestre \_\_\_\_\_

Kronične bolesti u obitelji (dopisati člana obitelji):

- dijabetes \_\_\_\_\_
- hipertenzija \_\_\_\_\_
- artritis \_\_\_\_\_
- epilepsija \_\_\_\_\_
- srčana oboljenja \_\_\_\_\_
- duševne bolesti \_\_\_\_\_
- maligne bolesti \_\_\_\_\_

Obitelj stanuje:

- vlastita kuća/stan – podstanar – ugovor o najmu

Obitelj učenika/ce u tretmanu centra za socijalnu skrb

- da, razlog \_\_\_\_\_
- ne

## OSOBNANAMNEZA UČENIKA/CE

Porod učenika/ce: uredan – uranjen – težak \_\_\_\_\_

Učenik/ca je pohađao/la:

- logopedsku terapiju \_\_\_\_\_
- fizikalnu terapiju \_\_\_\_\_
- psihološku terapiju \_\_\_\_\_

Kronične bolesti:

- da; koje \_\_\_\_\_ – ne

Alergije:

- da; koje \_\_\_\_\_ – ne

Učenik/ca ima ordiniranu terapiju

- da; razlog, naziv terapije., doza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ – ne

Učenik/ca doživio fizičku/psihičku traumu (povreda, uganuće zgloba, prijelom, rastava roditelja, smrt u bliskoj obitelji, poplava...)

- da; koje traume \_\_\_\_\_ – ne

Učenik/ca je bio/la hospitaliziran/a

- da; u kojoj dobi, razlog \_\_\_\_\_ – ne

Vid učenika/ce

- normalan – kratkovidan/na – dalekovidan/na – strabizam
- ako učenik/ca ima refraktivnih problema navesti dioptriju i pomagala koja koristi)

\_\_\_\_\_

Sluh učenika/ce:

- normalan – nagluh/a – gluha/a
- napomene: \_\_\_\_\_

Neurotske smetnje učenika/ce:

- tikovi- učestale glavobolje – grickanje noktiju – noćno mokrenje – mjesečarenje
- ostalo \_\_\_\_\_

Učenik/ca procijepljen po kalendaru cijepljenja

- da – ne \_\_\_\_\_

Specifična prehrana

- da; koja \_\_\_\_\_ – ne

Slobodne aktivnosti \_\_\_\_\_

Tjelesna težina i visina \_\_\_\_\_

Djevojke:

- menarha \_\_\_\_\_
- menstruacija: redovita – neredovita – bolna – obilna – pod terapijom (pregledi specijaliste, ime liječnika, kontrole i koju terapiju uzima) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Kontakt-podaci

Nadležan liječnik opće medicine

- ime \_\_\_\_\_
- dom zdravlja, adresa \_\_\_\_\_
- telefon \_\_\_\_\_

Nadležan stomatolog

- ime \_\_\_\_\_
- dom zdravlja, adresa \_\_\_\_\_

Kontakt osoba za slučaj hitne intervencije u bolnici i sl.; osoba koju možemo kontaktirati umjesto roditelja/staratelja:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Točnost podataka roditelj ili skrbnik potvrđuju svojim potpisom.

Potpisom se daje privola za uporabu osobnih podataka isključivo u svrhu brige o zdravstvenom stanju korisnika Doma.

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Zahvaljujemo na suradnji!

Potpis roditelja/staratelja

\_\_\_\_\_