



Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Termin sistematskog pregleda: \_\_\_\_\_

**PREGLED DJETETA PRIJE POLASKA U PRVI RAZRED OSNOVNE  
ŠKOLE OBAVIT ĆE SE U AMBULANTI ŠKOLSKE MEDICINE NA  
ADRESI ZAMETSKA 63A, RIJEKA (TEL. 261-030)**

NATAŠA FUGOŠIĆ LENAŽ, dr.med. specijalista školske i adolescentne medicine  
i  
SUZANA MAROHNIC, prvostupnica sestrinstva

**Na pregled donijeti:**

- 1. Zdravstvenu iskaznicu djeteta**
- 2. Iskaznicu imunizacije djeteta**
- 3. Zdravstveni karton odabranog liječnika na uvid ili izvod iz zdravstvenog kartona ispunjen od odabranog liječnika zajedno sa kartonom cijepljenja**
- 4. Mišljenje predškolske ustanove (kopija)**
- 5. Ispunjenu zubnu putovnicu**
- 6. Ukoliko posjedujete - laboratorijski nalaz krvne slike, kolesterola i urina ne stariji od šest mjeseci, ukoliko ga nemate uputnicu ćete dobiti u školskoj ambulanti**
- 7. Kopije medicinske dokumentacije (ako je posjedujete)**

- Molimo Vas da na pregled dođete u točno zakazano vrijeme
- Molimo Vas da u slučaju spriječenosti javite i otkazete termin telefonom ili na e-mail [suzana.marohnic@zzjzpgz.hr](mailto:suzana.marohnic@zzjzpgz.hr)
- Dijete treba doći u pratnji roditelja ili skrbnika