



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 sestriinstva

Na pregled donijeti:

1. Zdravstvenu iskaznicu djeteta
2. Iskaznicu imunizacije djeteta (plava knjižica)
3. Zdravstveni karton odabranog liječnika na uvid ili izvod iz zdravstvenog kartona ispunjen od odabranog liječnika zajedno sa **kartonom cijepljenja**
4. Ispunjenu zubnu putovnicu od stomatologa
5. Kopije medicinske dokumentacije (ako je posjedujete)
6. Uputnica za krvnu sliku, kolesterol i urin izdaje se od liječnika školske medicine te je potrebno barem 7 dana ranije zatražiti uputnicu mailom (natasa.fugosic-lenaz@zzjzpgz.hr) ili osobno te obaviti vađenje krvi prije dolaska na termin pregleda (ukoliko posjedujete navedene nalaze ne starije od 6 mjeseci nije potrebno ponavljati laboratorijske pretrage)

- 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
- Dijete treba doći u pratnji roditelja ili skrbnika