

**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 djeteta/roditelj/staratelj prima od školskog liječnika ili u školi i odnosi ga doktoru dentalne medicine. Ispunjeni obrazac djeteta/roditelj/staratelj vraća školskom liječniku pri pregledu za upis u 1. razred osnovne škole (predškolski) i kod cijepljenja protiv hepatitisa B i drugih aktivnosti (učenici 6. razreda osnovne škole).

Ako djeteta nema izabranog doktora dentalne medicine, informacija o izboru doktora dentalne medicine koji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje imaju sklopljene ugovore i mogu primiti djeteta 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@hzjo.hr](mailto:Marija.Surac@hzjo.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

**C.** Liječenje započeto i završeno u ovom posjetu

**B.** Početak liječenja se planira kod sljedećeg posjeta

**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 djeteta ne odazove, molimo ponuditi roditelju ili staratelju novi termin telefonom ili e-poštom; za sve upute o sadržaju i dostavi obrasca javite se na e-adresu [skolska.medicina@hzjz.hr](mailto: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: