



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
MIRELA FAZLIĆ, mag.med.techn.

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. Laboratorijski nalaz (krvna slika, kolesterol i urin) ne stariji od 6 mj ili
će se uputnica izdati od liječnika školske medicine prilikom dolaska
na termin

- Molimo Vas da na pregled dođete u točno zakazano vrijeme
- Molimo Vas da u slučaju spriječenosti javite i otkažete termin telefonom
ili na e-mail: mirela.fazlic@zzjzpgz.hr
- Dijete treba doći u pratnji roditelja ili skrbnika