

STOMATOLOŠKI SISTEMATSKI PREGLED

_____ ime i prezime _____ spol _____ datum rođenja _____

_____ osnovna škola _____

(MOLIMO ISPUNJAVATI VELIKIM TISKANIM SLOVIMA)

STATUS:

Mliječnih zuba:

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

LEGENDA:

- + - zdrav zub
- K - karijes
- E - izvađen zub
- P - zub s ispunom

Trajnih zuba:

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

KEP INDEKS:

mliječni zubi

trajni zubi

kp: _____

KEP: _____

Datum: _____

Doktor dentalne medicine: _____

VAŽNO ZA DOKTORE DENTALNE MEDICINE:

- Obrazac ispuniti ukoliko ga **niste ispunili on line**. Ukoliko jeste, a ne želite i u ovom tiskanom obliku ispuniti zubni status, molimo da u tom slučaju **stavite datum pregleda i svoj potpis** na ovaj obrazac čime potvrđujete da je dijete pregled obavilo.
- Ukoliko **niste dobili podatke za ulaz u aplikaciju za on line upis** molimo **sljedeće podatke** kako bi Vam iste poslali:
Ime i prezime (ID broj): _____

mail adresa: _____

Što prije dijete naručiti na preventivni pregled kod odabranog liječnika dentalne medicine. Prilikom dolaska na pregled ovaj mu Obrazac uručiti te ga popunjenog donijeti na sistematski pregled, kada dijete bude pozvano, kod nadležnog liječnika školske medicine iz Nastavnog zavoda za javno zdravstvo gdje se prikupljaju i obrađuju podatci s ciljem praćenja zdravlja zubi djece u Primorsko-goranskoj županiji. Donošenjem ovog Obrasca dajete pristanak za isto.