

(Ime i prezime specijalista školske medicine)

**Poštovani učenici i roditelji/staratelji, redoviti posjeti doktoru dentalne medicine temelj su očuvanja oralnog zdravlja djece, te Vas molimo za razumijevanje i suradnju.**

Ovaj obrazac djetete/roditelj/staratelj prima od školskog liječnika ili u školi i odnosi doktoru dentalne medicine. Ispunjeni obrazac djetete/roditelj/staratelj vraća školskom liječniku kod pregleda za upis u 1. razred osnovne škole (predškolci) i kod cijepljenja protiv hepatitisa B i drugih aktivnosti (učenici 6. razreda osnovne škole).

Za sve upite i komentare o izboru doktora dentalne medicine i pregledu možete se obratiti na sljedeći info telefon: 031 / 220 826 u radnom vremenu od 8 do 16 sati ili na adresu e-pošte [mirta.vladetic@hzzo.hr](mailto:mirta.vladetic@hzzo.hr).

## ZUBNA PUTOVNICA

Ime i prezime djeteta:	Spol: <b>Muški</b> <b>Ženski</b>
Datum rođenja:	OIB:

### DENTALNI STATUS

#### Mliječni zubi

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

#### 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

#### Oznake za status zubi

- K** → Karijes  
**E** → Izvađen zub zbog karijesa  
**P** → Zub s ispunom

(u kućicama s označenim plohami precizno zacrniti plohe na kojima se nalazi zubni karijes ili ispun na zubu)  
 Zdrav zub se ne označava (ostavlja se prazno)

<b>Preventivni postupak</b> (za vrijeme ovog posjeta je potrebno napraviti <b>najmanje</b> jedan preventivni postupak)	1. Demonstracija čišćenja usta (DM120)	4. Pečatni ispun (DM102)
	2. Pečaćenje fisure po zubu (DM101)	5. Profilaksa s fluorom (DM115)
	3. Motiviranje djece za higijenu usta (DM119)	

- |  |  |
|--|--|
| <b>A.</b> Liječenje započeto tijekom ovog posjeta            | <b>C.</b> Liječenje započeto i završeno u ovom posjetu |
| <b>B.</b> Početak liječenja se planira kod sljedećeg posjeta | <b>D.</b> 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 dijete ne odazove, molimo ponuditi roditelju ili staratelju novi termin telefonom ili e-poštom (telefon/e-poštu roditelja molimo Vas zabilježite u ordinaciji prilikom popunjavanja ovog obrasca). Sve komentare molimo Vas javite na gore navedene kontakte.

Datum pregleda: \_\_\_\_\_

Potpis doktora: \_\_\_\_\_