

| | |
|--|--|
| <p>Preventivni postupak (za vrijeme ovog posjeta je potrebno napraviti najmanje jedan preventivni postupak)</p> <p>1. Demonstracija čišćenja usta (DM120) 4. Pečatni ispun (DM102)</p> <p>2. Pečaćenje fisure po zubu (DM101) 5. Profilaksa s fluorom (DM115)</p> <p>3. Motiviranje djece za higijenu usta (DM119)</p> | |
| <p>A. Ilijećenje započeto u ovom posjetu</p> | <p>Sljedeći posjet</p> <p>Datum: _____</p> <p>(početak ili nastavak liječenja, unutar 30 dana):</p> <p>Vrijeme: _____</p> |
| <p>B. početak liječenja se planira kod sljedećeg posjeta</p> | <p>Kontrolni pregled</p> <p>Datum: _____</p> <p>(za 6 mjeseci):</p> <p>Vrijeme: _____</p> |
| <p>C. Ilijećenje započeto i završeno u ovom posjetu</p> | <p>D. Ilijećenje nije potrebno</p> |

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; ukoliko se dijete ne odazove, molimo ponuditi telefonom ili e-poštom roditelju/ili staratelju novi termin (telefon/e-poštu roditelja molimo Vas zabilježiti u ordinaciji! prilikom popunjavanja ovog obrasca). Sve komentare molimo Vas navesti pod **Napomena** ili javiti na gore navedene kontakte.

Napomena:

Oznake za status zubi

+ - zdrav zub

K - karijes

E - izvađen zub zbog karijesa

E* - izvađen zub iz drugih razloga

P - zub s ispunom

(u kućicama s označenim plohama precizno zacrniti plohe na kojima se nalazi zubni karijes ili ispun na zubu)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

Mliječni zubi

Trajni zubi

DENTALNI STATUS

| | | | |
|----------------|-------------------------------|------|----------------|
| Ime i prezime: | Spol: M Ž | MBO: | Datum rođenja: |
| Telefon: | E-pošta roditelja/staratelja: | | |

ZUBNA PUTOVNICA

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

Ovaj obrazac dijete/roditelji/staratelj prima od školskog liječnika ili u školi i odnosi doktoru dentalne medicine. Ispunjeni obrazac dijete/roditelji/staratelj vraća školskom liječniku kod pregleda za upis u 1. razred osnovne škole (predškoli) ili kod cijepljenja protiv hepatitisa B (učentici 6. razreda osnovne škole).

Za sve upite i komentare o izboru doktora dentalne medicine i pregledu možete se obratiti na sljedeći info telefon 0800 200 041 ili putem adrese e-pošte nevenka.vlah@zzjzppz.hr

(Ime i prezime specijalista školske medicine)