

**Poštovani roditelji/staratelji i učenici, redoviti posjeti doktoru dentalne medicine su temelj očuvanja oralnog zdravlja djece.**

Ovaj ispunjeni obrazac roditelj/staratelj/dijete prima od doktora dentalne medicine te ga roditelj/staratelj donosi pedijatru prilikom upisa u vrtić, a školskom liječniku pri pregledu za upis u 1. razred osnovne škole (predškolci) i tijekom 6. razreda osnovne škole.

Ako dijete nema izabranog doktora dentalne medicine, informacija o izboru doktora dentalne medicine koji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje imaju sklopljene ugovore i mogu primiti dijete u skrb može se dobiti na telefonu 022/201-519, 022/668-690 u radnom vremenu od 8 do 16 sati ili putem adrese e-pošte irena.klaric@hzzo.hr, serdjo.weitzel@hzzo.hr.

## ZUBNA PUTOVNICA

Ime i prezime djeteta:

Spol: **M** **Ž**

Godina rođenja:

MBO:

### 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

- Z** - zdrav zub
- K** - Karijes
- E** - Zub izvađen zbog karijesa
- O** - Zub izvađen zbog drugih razloga
- P** - Zub s ispunom
- F** - Pečaćena fisura zuba

**Profilaksa fluorom (DM115, DM116 ili DM117) tijekom ovog posjeta:** **DA** **NE**

**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
- B. Početak liječenja se planira kod sljedećeg posjeta
- C. Liječenje započeto i završeno u ovom posjetu
- 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:** 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 putem e-pošte.

Ime i prezime dr. med. dent. \_\_\_\_\_

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

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