

PREDLOG ZDRAVNIKA ZA ZDRAVSTVENO LETOVANJE

(izpolni otrokov osebni zdravnik/-ca ob zdravniškem pregledu otroka pred letovanjem)

PRIIMEK IN IME IME OTROKA: _____

Precepljen po programu : DA NE: manjka _____

Prebolela nalezljiva otroška bolezni: Varicella DA NE

Kronične bolezni: _____

Alergije: _____

Zdravstvene obravnave, zaradi katerih otrok letuje:

- hospitalno: _____

- dispanzersko: _____

Navodilo zdravnika za čas letovanja: REDNA TERAPIJA, DIETE IN POSEBNA OBVESTILA

.....
.....
.....

Zdravstvena indikacija za letovanje: **DA** **NE**

Številka kartice zdravstvenega zavarovanja:

Kraj:, dne.....

Podpis in žig osebnega zdravnika:

.....

Klinični pregled pred odhodom na letovanje:

.....
.....

Kraj:, dne.....

Podpis in žig zdravnika:

.....

ZAPAŽANJA O OTROKU V ČASU LETOVANJA

(izpolni zdravstveni delavec)

Obolevanje (datum):

Kontakt z nalezljivo bolnimi (datum):

Zdravljenje:

Kraj:, dne

Podpis zdravstvenega delavca: