

Ustanova: _____

Zdravnik: _____

Spoštovani starši/skrbniki!

Za vašega otroka (ime in priimek) _____, rojene(ega) _____ je predviden sistematski pregled s cepljenjem dne _____. Ob pregledu bo v mišico nadlahti prejel **poživitveni odmerek cepiva proti DAVICI, TETANUSU IN OSLOVSKEMU KAŠLJU**. Prilagamo letak z informacijami o cepivu.

Prosimo vas, da izpolnite spodnji vprašalnik o zdravstvenem stanju vašega otroka, ki bo v pomoč pri izvedbi cepljenja.

Naprašamo vas tudi, da nam zaupate telefonsko številko, na kateri boste dosegljivi, če bi vas želeli v zvezi z vašim otrokom kaj vprašati: _____.

S seboj naj otrok obvezno prinese:

- kartico zdravstvenega zavarovanja
- Knjižico o cepljenju oziroma podatke o opravljenih cepljenjih
- izpolnjen in podpisan vprašalnik
- če ima otrok osebnega zdravnika drugje, vas prosimo, da ga o pregledu obvestite pravočasno (vsaj nekaj dni pred pregledom), da naredi izpis bolezni ali nam pošlje otrokov zdravstveni karton na vpogled

Vprašalnik o zdravstvenem stanju otroka pred izvedbo cepljenja

Ali menite, da je vaš otrok trenutno zdrav?	DA	NE	
Če je odgovor NE , kakšne težave ima in kako se zdravi?			
Ali ima kakšno kronično bolezen?	NE	DA	
Če je odgovor DA , katero bolezen ima in kako se zdravi?			
Ali je imel kdaj težjo alergično reakcijo na hrano, zdravila ali kaj drugega?	NE	DA	
Če je odgovor DA , na kaj je alergičen, kakšno reakcijo je imel in ali se morda zdravi z imunoterapijo?			
Ali je imel kdaj reakcijo na cepljenje?	NE	DA	
Če je odgovor DA , na katero cepljenje in kakšno reakcijo je imel?			
Ali nam želite še kaj sporočiti?			

Datum:

Podpis starša/skrbnika: