Izvajalec zdravstvene dejavnosti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POTRDILO PEDIATRA O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA**

Otrok (ime in priimek) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rojen(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cepilni status** *(obkrožiti):*

1. **je cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam;**
2. **iz zdravstvenih razlogov ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in ima odločbo ministra, pristojnega za zdravje, o opustitvi cepljenja;**
3. **iz zdravstvenih razlogov ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in je na predlog izbranega zdravnika v postopku pridobitve odločbe o opustitvi cepljenja;**

**D) ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam;**

**Zdravstvene posebnosti pri otroku:**

* medicinsko indicirane diete: **DA NE**
* alergije:  **DA NE**
* druge posebnosti (če obstajajo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žig Ime in priimek ter podpis zdravnika

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_