

8. Здравствени лист

Назив здравствене установе  
Број здравственог картона детета

ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ  
I ПОПУЊАВА РОДИТЕЉ

Презиме и име детета \_\_\_\_\_ Година рођења \_\_\_\_\_  
Име оца (мајке) \_\_\_\_\_ Занимање \_\_\_\_\_  
Адреса \_\_\_\_\_ Телефон/мобилни \_\_\_\_\_  
Вртић/Школа \_\_\_\_\_

Наведите да ли Ваше дете болује од шећерне болести, епилепсије, месечарства, хемофилије, астме, срчаног обољења, болести зависности (подвући)

Наведите терапију коју Ваше дете узима (назив лека  
доза) \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

Потпис родитеља \_\_\_\_\_

II ПОПУЊАВА  
ОРДИНИРАЈУЋУ ЛЕКАР

III ПОПУЊАВА ЛЕКАР ПРАТИЛАЦ/  
ЛЕКАР У МЕСТУ БОРАВКА ДЕТЕТА

ПРЕГЛЕД ПРЕ ПОЛАСКА

АКУТНА ОБОЉЕЊА НА ДАН ПРЕГЛЕДА

АЛЕРГИЈА НА ЛЕК/ХРАНУ

ДАТУМ ПОСЛЕДЊЕ ВАКЦИНАЦИЈЕ  
ПРОТИВ ТЕТАНУСА

ХРОНИЧНЕ  
НЕЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ ОД ВЕЋЕГ  
СОЦИОМЕДИЦИНСКОГ  
ЗНАЧАЈА\*/ТЕРАПИЈА (назив лека, доза)

ДЕТЕ ЈЕ ЗДРАВО И СПОСОБНО ЗА  
ОДЛАЗАК НА

Датум: \_\_\_\_\_

Лекар \_\_\_\_\_

ПРЕГЛЕД У ТОКУ БОРАВКА

АНАМНЕЗА

СТАТУС

ДИЈАГНОЗА (ОБОЉЕЊЕ/ПОВРЕДА)

ОРДИНИРАНА ТЕРАПИЈА

УПУЋЕНО У ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ  
(назив установе, датум и час)

ВРАЋЕНО КУЋИ (датум и час)

Датум \_\_\_\_\_

Лекар \_\_\_\_\_