**PREDLOG ZDRAVNIKA ZA ZDRAVSTVENO LETOVANJE**

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

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: ..…………