

Dječji vrtić „Veseli kutak“  
Klanci 1, 21311 Stobreč  
OIB: 96444072282  
e-mail: dvveselikutak@gmail.com  
Tel./fax: 021/326-200

**UPITNIK**  
**O ZDRAVSTVENOM STANJU I OSOBITOSTIMA**  
**RASTA I RAZVOJA DJETETA**

IME I PREZIME DJETETA: \_\_\_\_\_

DATUM ROĐENJA: \_\_\_\_\_

OIB DJETETA: \_\_\_\_\_

PEDIJATAR/AMBULANTA  
(ime/adresa/telefon) \_\_\_\_\_

STOMATOLOG/ORDINACIJA  
(ime/adresa/telefon): \_\_\_\_\_

**Molimo Vas zaokružite ili popunite tražene podatke:**

1. Trudnoća je bila: a) uredna  
b) rizična
2. Karakteristika poroda:  
a) normalan  
b) carski rez  
c) vakum  
d) ostalo \_\_\_\_\_
3. Dijete je rođeno u \_\_\_\_\_ mjesecu trudnoće, težine \_\_\_\_\_, dužine \_\_\_\_\_.
4. Po rođenju zdravstvene poteškoće:  
a) nisu utvrđene  
b) su utvrđene
5. Dijete je prohodalo s \_\_\_\_\_ mjeseci
6. Postiglo kontrolu mokrenja:  
a) s \_\_\_\_\_ mjeseci  
b) nije još postiglo
7. Postiglo kontrolu stolice:  
a) s \_\_\_\_\_ mjeseci  
b) nije još postiglo

**8. Prehrana u prvoj godini:**

- a) dojenje do \_\_\_\_\_ mjeseci
- b) dijete nije dojeno

**9. Ima li dijete neku kroničnu bolest (navedite lijekove ukoliko ih uzima):**

- febrilne konvulzije
- epilepsija
- alergije \_\_\_\_\_
- bolesti dišnog sustava (bronhitis, astma)
- bolesti mokraćnog sustava
- srčani problemi
- oštećenje vida – sluha
- tjelesni invaliditet
- emocionalne i druge smetnje ponašanja
- preboljene zarazne bolesti, koje: \_\_\_\_\_

**Ukoliko Vaše dijete boluje od bilo koje navedene bolesti, molimo Vas da priložite medicinsku dokumentaciju.**

**10. Da li je dijete doživjelo traumu:**

- a) fizičku
- b) psihičku (dulji boravak u bolnici, stres, preseljenje, smrt bliske osobe...)
- c) nije doživjelo traumu

**11. Specifičnosti u navikama i ponašanju djeteta :**

često buđenje / nemiran san / nekontrolirano mokrenje u krevet /  
poremećaj kontrole stolice / loš apetit / agresivnost / povučенost /  
tvrdoglavost / plašljivost / preosjetljivost / teško odvajanje od roditelja,

ostalo:

\_\_\_\_\_

**12. Sadašnji govorni status**

- a) odgovara dobi djeteta
- b) poteškoće u razvoju govora \_\_\_\_\_

**13. Da li je dijete bilo ili je još uvijek na nekoj specifičnoj obradi - tretmanu:**

- a) logopeda
- b) defektologa
- c) psihologa
- d) ostalo \_\_\_\_\_

**Molimo Vas, priložite medicinsku dokumentaciju.**

\_\_\_\_\_  
(potpis roditelja)