



Izvajalec zdravstvene dejavnosti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### POTRDILO PEDIATRA O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA

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

Cepilni status (*obkrožiti*):

- A) je cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam;
- B) iz zdravstvenih razlogov ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in ima odločbo ministra, pristojnega za zdravje, o opustitvi cepljenja;
- C) 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

\_\_\_\_\_