

POROČILO VRTCA O BOLEZNI

Ime in priimek otroka: _____, datum rojstva: _____

Datum pojava bolezni: _____, **čas pojava bolezni:** _____

Ime in priimek staršev/skrbnikov: _____

Ime in priimek osebe, ki je starše poklical/a: _____

Ura priklica staršev/skrbnikov: _____, čas prihoda staršev/skrbnikov: _____

NPM(112)/zdravnik: Ni bil klican Bil klican

Čas priklica: _____, čas prihoda: _____

Kraj ukrepanja:

igralnica igrišče hodnik stopnišče sanitarije
kuhinja pisarna telovadnica

Drugje (napiši): _____

Okoliščine in vzrok nastanka bolezni (opiši): _____

Simptomi/znaki so posledica:

- a) Novonastale bolezni.
- b) Že znane kronične bolezni.
- c) Alergije.
- d) Astme.
- e) Epilepsije.
- f) Drugo (napiši): _____

Simptomi/znaki bolezni (lahko je več znakov/simptomov):

- a) Povišana telesna temperatura.
- b) Glavobol.
- c) Težko dihanje.
- d) Bruhanje.
- e) Izpuščaj.
- f) Driska.
- g) Močna bolečina.
- h) Mišični krči.
- i) Izguba zavesti.
- j) Vedenjske motnje.
- k) Drugo (napiši): _____

Prva pomoč v vrtcu (opiši): _____

Zdravila, ki jih je otrok dobil v vrtcu: _____

Ime in priimek osebe, ki je nudila prvo pomoč: _____

Zdravniška pomoč (obkroži):

- a) Zdravniška/zobozdravniška pomoč ni bila potrebna.
- b) Zunajbolnišnična zdravniška pomoč (urgentna služba, izbrani zdravnik).
- c) Sprejet na zdravljenje v bolnišnico.

Potrebni ukrepi za preprečitev ponovitve take bolezni: _____

Datum: _____

Podpis osebe, ki je izpolnila obrazec: _____