

Izvajalec zdravstvene dejavnosti

ZDRAVNIŠKO POTRDILO PRED VKLJUČITVIJO OTROKA V VRTEC

Otrok (ime in priimek) _____

rojen(a) _____, naslov prebivališča _____

1. PODATKI O CEPLJENJU

prosim obkrožite

A) je cepljen(a) z vsaj enim odmerkom cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in se lahko vključi v vrtec;

B) iz zdravstvenih razlogov ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in se lahko vključi v vrtec;

C) ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam, vendar **je v postopku pridobitve odločbe** o opustitvi cepljenja in se lahko vključi v vrtec;

D) ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in ne obstajajo zdravstveni razlogi za opustitev cepljenja, zato se v skladu s prvim odstavkom 51.a člena Zakona o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20, 175/20 – ZIUOPDVE in 15/21 – ZDUOP) **ne more vključiti v vrtec.**

2. POSEBNOSTI O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA ter nasveti oz. priporočila zdravnika, ki so lahko pomembni za bivanje otroka v vrtcu:

ALERGIJE: _____

RAZLIČNI NAPADI: _____

DIETNA PREHRANA: _____

OMEJITEV TELESNE AKTIVNOSTI: _____

POSEBNOSTI V RAZVOJU: _____

DRUGO: _____

V kolikor ima otrok posebna priporočila s strani specialističnih ambulant, priložite priporočila zdravnika – specialista.

Datum:

Ime in priimek ter podpis zdravnika:
