



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
