Izvajalec zdravstvene dejavnosti/ Egészségügyi szolgáltató

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POTRDILO PEDIATRA O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA**

**A GYERMEKORVOS IGAZOLÁSA A GYERMEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL**

Otrok (ime in priimek) / Gyermek (utó- és családi neve): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rojen(a)/ született: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cepilni status** *(obkrožiti)* **/ Védőoltási státusz** *(karikázza be):*

1. **je cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam /**

**kanyaró, mumpsz és rubeola ellen beoltva;**

1. **iz zdravstvenih razlogov ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in ima odločbo ministra, pristojnega za zdravje, o opustitvi cepljenja / egészségügyi okokból nem kapott kanyaró, mumpsz és rózsahimlő (rubeola) elleni védőoltást, és rendelkezik az egészségügyért felelős miniszter határozatával a védőoltás mellőzéséről;**
2. **iz zdravstvenih razlogov ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in je na predlog izbranega zdravnika v postopku pridobitve odločbe o opustitvi cepljenja / egészségügyi okokból nem kapott kanyaró, mumpsz és rózsahimlő (rubeola) elleni védőoltást, és a választott háziorvos javaslatára folyamatban van az oltás mellőzéséről szóló határozat megszerzése;**

1. **ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam / nincs beoltva kanyaró,**

**mumpsz és rózsahimlő (rubeola) ellen;**

**Zdravstvene posebnosti pri otroku / A gyermek egészségügyi sajátosságai:**

* medicinsko indicirane diete/ orvosilag javallott diéták: **DA / IGEN NE / NEM**
* alergije/ allergiák:  **DA / IGEN NE / NEM**
* druge posebnosti (če obstajajo) / egyéb sajátosságok (ha vannak): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žig / Bélyegző

Ime in priimek ter podpis zdravnika:

/ Az orvos utó- és családi neve, valamint aláírása

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_