Izvajalec zdravstvene dejavnosti / Operatore sanitario

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

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

**POTRDILO PEDIATRA O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA**

**CERTIFICATO DEL PEDIATRA SULLO STATO DI SALUTE DEL BAMBINO**

Otrok (ime in priimek) / Bambino (nome e cognome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Cepilni status** *(obkrožiti):*

**Vaccinazione** *(cerchiare):*

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

 **è vaccinato(a) contro morbillo, parotite e rosolia;**

1. **iz zdravstvenih razlogov ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in ima odločbo ministra, pristojnega za zdravje, o opustitvi cepljenja/**

**per motivi di salute non è vaccinato(a) contro morbillo, parotite e rosolia e ha la decisione del ministro della salute di esenzione dal vaccino;**

1. **iz zdravstvenih razlogov ni cepljen(a) proti ošpicam, mumpsu in rdečkam in je na predlog izbranega zdravnika v postopku pridobitve odločbe o opustitvi cepljenja/per motivi di salute non è vaccinato(a) contro morbillo, parotite e rosolia e, su proposta del medico curante, sta per acquisire la decisione di esenzione dal vaccino;**

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

**non è vaccinato(a) contro morbillo, parotite e rosolia;**

**Zdravstvene posebnosti pri otroku/Specificità del bambino:**

* medicinsko indicirane diete/

dieta medica consigliata: **DA/SÌ NE/NO**

* alergije/

allergie:  **DA/SÌ NE/NO**

* druge posebnosti (če obstajajo)/

altre peculiarità (se esistono):

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

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žig

Data: Timbro

 Ime in priimek ter podpis zdravnika/

 Nome e cognome e firma del medico

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