

Spoštovani starši!

Učenci(ke) prvega razreda bodo ob sistematičnem pregledu prejeli 3. Dozo proti hepatitisu B. Na pregled jih bo pripeljal(a) učitelj(ica). Vašo pisno privolitev potrebujem, ker starši (skrbniki) ne boste prisotni. **Potrebno je prinesiti zdravstveno kartico, knjižico o cepljenju ter podpisano privolitev.**

Po cepljenju se lahko opazijo blažji stranski pojavi prehodne narave. Po navadi so to rahla oteklina, bolečina ali pordelost na mestu vboda. Možno je rahlo povišanje telesne temperature, utrujenost ali glavobol, ki brez zdravljenja minejo v nekaj dneh. Učencem lahko lajšate težave z zdravili proti bolečinam oziroma temperaturi (Lekadol, Calpol). V kolikor opazite še druge spremembe se posvetujte z zdravnikom.

Podrobne informacije o cepljenju in boleznih lahko dobite pri nas ali na spletni strani www.ivz.si

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik učenca(ke)
ime in priimekroj.....

Ali vaš otrok trenutno preboleva kakšno bolezen? Katero?	NE	DA
Ali jemlje kakšna zdravila? Katera?	NE	DA.....
Ali je kdaj imel hujšo alergijo na hrano? Katero?	NE	DA.....
Ali je kdaj imel hujšo alergijo na zdravila? Katera?	NE	DA.....
Ali je kdaj imel hujšo reakcijo po cepljenju? Katerem?	NE	DA.....
Ali mi želite še kaj sporočiti?	NE	DA.....

soglašam, da učenca(ko) sistematsko pregledate in cepite proti hepatitisu B.

Datum:

Podpis zakonitega zastopnika:

Spoštovani starši!

Učenci(ke) prvega razreda bodo ob sistematičnem pregledu prejeli 3. Dozo proti hepatitisu B. Na pregled jih bo pripeljal(a) učitelj(ica). Vašo pisno privolitev potrebujem, ker starši (skrbniki) ne boste prisotni. **Potrebno je prinesiti zdravstveno kartico, knjižico o cepljenju ter podpisano privolitev.**

Po cepljenju se lahko opazijo blažji stranski pojavi prehodne narave. Po navadi so to rahla oteklina, bolečina ali pordelost na mestu vboda. Možno je rahlo povišanje telesne temperature, utrujenost ali glavobol, ki brez zdravljenja minejo v nekaj dneh. Učencem lahko lajšate težave z zdravili proti bolečinam oziroma temperaturi (Lekadol, Calpol). V kolikor opazite še druge spremembe se posvetujte z zdravnikom.

Podrobne informacije o cepljenju in boleznih lahko dobite pri nas ali na spletni strani www.ivz.si

Spodaj podpisani zakoniti zastopnik učenca(ke)
ime in priimekroj.....

Ali vaš otrok trenutno preboleva kakšno bolezen? Katero?	NE	DA
Ali jemlje kakšna zdravila? Katera?	NE	DA.....
Ali je kdaj imel hujšo alergijo na hrano? Katero?	NE	DA.....
Ali je kdaj imel hujšo alergijo na zdravila? Katera?	NE	DA.....
Ali je kdaj imel hujšo reakcijo po cepljenju? Katerem?	NE	DA.....
Ali mi želite še kaj sporočiti?	NE	DA.....

soglašam, da učenca(ko) sistematsko pregledate in cepite proti hepatitisu B.

Datum:

Podpis zakonitega zastopnika: