



Oznaka AMB 1  
 Stran 1/  
 Velja od  
 Izdaja 1  
 Šifra EKN

### ADMINISTRATIVNA TRIAŽA NAPOTNEGA DOKUMENTA

IZPOLNI USTANOVA!

Zap. št. triaže/tel. razgovora: \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_

Izvajalec tel. razgovora: \_\_\_\_\_

Datum prejema napotnice: \_\_\_\_\_; **VZS: 1583/1584**    **Stopnja nujnosti: HITRO/REDNO**

Sprememba stopnje nujnosti: \_\_\_\_\_

**Vpis v ČV za:**     ŠZO- A     ŠZO-B     ŠZO-MEHURČKI     ŠZO-AVTIZEM     REINT.

⇒ **Opomba:**  izključno med počitnicami

**Ime in priimek OTROKA/MLD.:** \_\_\_\_\_

**Datum rojstva:** \_\_\_\_\_    **Starost:** \_\_\_\_\_

**Naslov prebivališča:** \_\_\_\_\_

⇒ Na navedeni naslov se pošilja dokumentacija? **DA/NE**

**Če NE**, naslov za pošiljanje dokumentacije: \_\_\_\_\_

**obiskuje šolo**, razred in naziv šole: \_\_\_\_\_

**Kontaktna oseba za šolo:** \_\_\_\_\_

**ne obiskuje šole**, trenutni socialni status: \_\_\_\_\_

**Ime in priimek KONTAKTNE OSEBE ( oče/mati, zakoniti zastopnik otroka/mld. ali tretja zakonsko pooblaščen oseb, relacija do otroka/mld.) za hospitalno obravnavo otroka/mld. v MKZR:**

**Tel. številka:** \_\_\_\_\_    **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Zakoniti zastopnik otroka/mld.:** 1 oba starša    2 mama\*    3 oče\*    4 drugi:\*\* \_\_\_\_\_

**Otrok živi:** 1 s starši    2 z mamo\*    3 z očetom\*    4 pri rejnikih \*\*\*

5 v instituciji (naslov, kontakt):\*\* \_\_\_\_\_

6 drugo \_\_\_\_\_

**POSEBNOSTI glede starševstva/skrbnništva/rejništva otroka/mld.: - OZNAČITE**

- oba starša soglašava s hospitalno obravnavo otroka/mld. v MKZR
- \*priložiti pisno soglasje drugega starša za hospitalno obravnavo otroka/mld. v MKZR
- eden od staršev je PROTI vključitvi otroka/mld. v program MKZR
- \*\*otrok/mld. je v rejništvu; seznanjen sem, da je potrebno posredovati pisno soglasje staršev za hospitalno obravnavo otroka/mld. v MKZR



**Predlagatelj vključitve v program MKZR:**

1 starši 2 mladostnik sam 3 šola 4 pediater 5 CSD 6 drugi: \_\_\_\_\_

**DOSLEJ OBRAVNAVAN V NAŠI USTANOVI: 1 DA ( \_\_\_\_\_ ) 2 NE****MOTIVACIJA** otroka/mladostnika za vključitev v obravnavo v MKZ Rakitna: **DA/NE****Opombe:** \_\_\_\_\_**DOSEDANJE OBRAVNAVE IN UPORABA PSIHOAKTIVNIH ZDRAVIL:**

- pedopsihiater:** \_\_\_\_\_ v teku/v preteklosti
- psihiater:** \_\_\_\_\_ v teku/v preteklosti
- Zdravila:** \_\_\_\_\_
- klinični psiholog:** \_\_\_\_\_ v teku/v preteklosti
- psiholog:** \_\_\_\_\_ v teku/v preteklosti
- specialni pedagog:** \_\_\_\_\_ v teku/v preteklosti
- otrok/mladostnik ima v šoli dodatno strokovno pomoč (DSP)**
- drugo:**
- NIKJER\* (glej opombo)!**

**MNENJE LEČEČEGA SPECIALISTA (pedopsihiater/klinični psiholog)**( \_\_\_\_\_ Ime in priimek, kontakt \_\_\_\_\_ ) **K VKLJUČITVI OTROKA/MLADOSTNIKA V****PROGRAM MKZR:**

- SOGLAŠA
- NE SOGLAŠA
- NI OBVEŠČEN in zakoniti zastopnik otroka/mld. bo posredoval obvestilo in pridobil mnenje

- 
- \*otrok/mld. NI BIL še nikjer v strokovni obravnavi** – pridobiti morate šolsko poročilo o otrokovem/mld. funkcioniranju v šolskem okolju
  - zakoniti zastopnik otroka/mld. odklanjam sodelovanje s šolo

**Posebni dogovori glede hospitalne obravnave v MKZR** (med drugim v primeru termina v času poletnih počitnic vpišite vašo odsotnost zaradi dopustov, ipd.):\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PODPIS ZAKONITEGA ZASTOPNIKA (mama):

PODPIS ZAKONITEGA ZASTOPNIKA (oče):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_