



ENOTA VRTEC VUZENICA

PRILOGA C

POROČILO O POŠKODBI ALI ZASTRUPITVI

Naziv in naslov vrtca: _____

Ime in priimek otroka: _____ Spol: M Ž Datum rojstva: _____

Datum dogodka: ____/____/____ Čas dogodka: ____ . ____

Ime in priimek staršev/skrbnikov: _____

Poklic/a: _____ Čas priklica: _____ Čas prihoda: _____

NMP (112)/zdravnik: Ni bil klican Bil klican

Čas priklica: _____ Čas prihoda: _____

Kraj ukrepanja: Igralnica ____ Igrišče ____ Hodnik ____ Stopnice ____ Telovadnica ____ Kuhinja ____

Kopalnica ____ Pisarna ____ Sprehod ____ Izlet ____ Neznano ____ Drugo ____

Oprema/Predmet, udeležen pri nastanku poškodbe/zastrupitve:

Ni udeležen ____ Pohištvo/oprema ____ Plezala ____ Tobogan ____ Površina pod igrali ____

Peskovnik ____ Kolo/tricikel ____ Snov ____ rastlina ____ žival ____ Igrača ____

Drugo: _____

Okoliščine in vzrok nastanka poškodbe (opišite): _____

Padec z višine ____ približna višina padca: _____ cm Vrsta podlage _____

Padec na isti ravni (zapletel, spodrsnil) _____ Poškodba zaradi predmeta _____

Prometna nezgoda ____ Vrstnik udaril/porinil ____ Hranjenje/zadušitev ____ Pik žuželke ____

Ugriz živali ____ Ugriz vrstnika ____

Zastrupitev z/s (napišite) _____ **Drugo (napišite)** _____

Poškodovani/oboleli del telesa: Oko ____ Uho ____ Nos ____ Usta ____ Zob ____ Del obraza ____ Del glave

Vrat ____ Roka/Zapestje/Dlan ____ Noga/Gleženj/Stopalo ____ Trup ____ Drugo: _____

Vrsta poškodbe: Udarnina ____ Odrgnina ____ Rana ____ Izvin/Izpah ____ Zlom ____ Opekline ____

Ozeblina ____ Zastrupitev ____ Zadušitev ____ Utopitev ____ Drugo: _____



Prva pomoč v vrtcu (opišite): _____, pri zastupitvi vzeli s seboj
(napišite) _____. Ime in priimek osebe, ki je nudila prvo pomoč: _____

Zdravniška pomoč:

Zdravniška/zobozdravniška pomoč ni bila potrebna _____

Zunaj bolnišnična zdravniška pomoč (urgentna služba, izbrani zdravnik) ____

Sprejet na zdravljenje v bolnišnico (prek noči), število dni _____

Potrebni ukrepi za preprečitev ponovitve take poškodbe/zastupitve:

Ime in priimek ter podpis osebe, ki je izpolnila obrazec: _____

Datum: _____