



Osnovna šola Predoslje Kranj
Predoslje 17a, 4000 Kranj

(04) 281 04 00

www.os-predoslje.si

os-predoslje@guest.arnes.si

POTRDILO

o medicinsko indicirani dieti za otroka

Ime in priimek otroka:

Datum rojstva:

Ime in priimek zdravnika, ki izda potrdilo:

Zdravstvena ustanova in področja dela:

Navedba diete (*označite dieto*)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> alergijska dieta brez kravjega mleka | <input type="radio"/> alergijska dieta brez jajc |
| <input type="radio"/> alergijska dieta brez pšenice | <input type="radio"/> alergijska dieta brez arašidov |
| <input type="radio"/> alergijska dieta brez drevesnih oreščkov | <input type="radio"/> brezglutenska dieta |
| <input type="radio"/> dieta pri laktozni intoleranci | <input type="radio"/> dieta pri fruktozni intoleranci |
| <input type="radio"/> sladkorna dieta - štetje oh (zdravljenje z inzulinsko črpalko ali fit terapija) | |

dieta pri motnjah presnove:

dieta pri drugih kroničnih boleznih:

individualna alergijska dieta:

Trajanje diete (*označite*)

- trajna**
- začasna** (potrdilo je treba obnavljati vsaj enkrat letno)
- do pregleda pri specialistu pediatru, usmerjenem v področje** (potrdilo velja največ 6 mesecev)

Izdana pisna navodila za izvajanje diete (pri zdravniku ali kliničnem dietetiku): DA / NE

Datum izdaje potrdila:

Podpis in žig zdravnika:

.....

.....