



Osnovna šola Oskarja Kovačiča Škofije
Sp. Škofije 40 D, 6281 Škofije – Slovenija
Tel.: 05 6626570, e-mail: o-okskofije.kp@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 PODROČJE DELA:

NAVEDBA DIETE (obkrožiti v katalogu diet – glej stran 2):

TRAJANJE DIETE (obkrožiti):

1. TRAJNA
2. ZAČASNA (potrdilo je treba obnavljati vsaj enkrat letno)
3. DO PREGLEDA PRI SPECIAL/STU PEDIATRU, USMERJENEM V
PODROČJE (potrdilo velja največ 6 mesecev)

IZDANA PISNA NAVODILA ZA IZVAJANJE DIETE (pri zdravniku ali kliničnem dietetiku):

Obkrožiti: DA NE

Datum izdaje potrdila: _____

(podpis in žig zdravnika)



KATALOG MEDICINSKO INDICIRANIH DIET:

1. ALERGIJSKA DIETA BREZ KRAVJEGA MLEKA
2. ALERGIJSKA DIETA BREZ JAJC
3. ALERGIJSKA DIETA BREZ PŠENICE
4. ALERGIJSKA DIETA BREZ ARAŠIDOV
5. ALERGIJSKA DIETA BREZ DREVESNIH OREŠČKOV
6. ALERGIJSKA DIETA INDIVIDUALNA:

-
7. BREZGLUTENSKA DIETA
 8. DIETA PRI LAKTOZNI INTOLERANCI
 9. DIETA PRI FRUKTOZNI INTOLERANCI
 10. SLADKORNA DIETA - ŠTETJE OH (zdravljenje z inzulinsko črpalko ali FIT terapija)
 11. DIETA PRI MOTNJAH PRESNOVE:

-
12. DIETA PRI DRUGIH KRONIČNIH BOLEZNIH:
-