

Karta informacyjna o stanie zdrowia dziecka

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon

Matka (imię nazwisko)

Telefon do pracy

Ojciec (imię i nazwisko)

Telefon do pracy

Rodzeństwo (imiona i wiek)

Stan zdrowia

Przebyte przez dziecko choroby , urazy, operacje (rok życia , rodzaj)

.....

Informacje na temat ewentualnych uczuleń (na co, bądź na jakie potrawy , objawy uczulenia)

.....

.....

Czy dziecko :

- słyszy : dobrze , źle

- widzi : dobrze, źle ; ma zeza; tak nie

- nosi : okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne

.....

- uczęszcza na zajęcia korekcyjne: nie ,tak (jakie)

.....

- jest pod opieką poradni specjalistycznej : nie, tak (jakiej)

.....

Dolegliwości i objawy , które występowały u dziecka w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu. Nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, częsty , długotrwały katar, omdlenia, drgawki, zaburzenia snu, tiki, jąkanie i inne (jakie)

.....
.....

Jak dziecko reaguje na stres: płacz, wysoka temperatura, bóle brzucha, wymioty, inne reakcje (jakie)

.....

Adres Rejonowej Poradni i telefon

.....

Lekarz opiekujący się dzieckiem – nazwisko, telefon

.....

Podpis rodzica

Czy w nagłej sytuacji, w przypadku braku możliwości kontaktu (osobistego, telefonicznego) wyraża Pan (Pani) zgodę na interwencje medyczną ?

.....

.....

.....

(Data)

.....

Podpis Rodziców