

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

Jméno:.....r.č.....věk:....

Bydliště:.....Z. poj:.....

Prodělaná infekční onemocnění: infekční žloutenka, spála, příušnice, plané neštovice,
zarděnky, časté angíny, mononukleóza, jiné

Úrazy:.....

Operace:.....

Chronické obtíže: bolesti páteře, bolesti kloubů, sklon ke kolapsovým stavům, zažívací obtíže,
ekzémy, krvácení z nosu, jiné

Léčí se trvale na:.....Neléčí se.

Bere trvale tyto léky:.....Nebere žádné.

Mělo dítě v letošním roce klíště? Pokud ano, uveďte kdy:.....

Očkování proti klíšťové encefalitidě – datum:.....

Očkování proti tetanu: - datum:.....

Kdy proběhla naposled léčba antibiotiky?.....Jakými?.....

Alergie: léková.....

Potravinová.....

Jiná.....
(pylová, sluneční záření, bodnutí hmyzem...)

Má dítě nařízena nějaká omezení denního režimu? Jaká?

.....

Dívky: menstruace – ANO NE

Obtíže při menstruaci – pokud ano, uveďte.....

Trpí dítě nevolností při cestování? ANO NE

Dítě je: PLAVEC NEPLAVEC

Pokud dítě bere trvale nějaké léky, je nutné je předat s uvedeným dávkováním zdravotníkovi.

Pokud si přejete, aby mělo léky u sebe, je toto nutné výslovně uvést.

Kontakt na rodiče: Adresa.....

Tel. v pracovní době.....

Tel. mimo prac. dobu.....