



Zdravotný dotazník

I. DIEŤA

Meno: Priezvisko:
Dátum narodenia: Rodné číslo:
Adresa:
Poist'ovňa: Národnosť:
Tehotenstvo/pôrod: fyziologické/komplikované:
Prekonané choroby/súčasnú zdravotnú ťažkosť:
.....
Odborné ambulancie, ktoré navštevuje:
Hospitalizácie/operácie/úrazy:
.....
Očkovanie:
Lieky:
Alergie:
Súrodenci:
Choroby v rodine:
Predškolské/školské zariadenie:
Kružok/Šport:
Predchádzajúci pediater:
Sociálne zázemie: Rodinný dom/byt Úplná/neúplná rodina Zvieratá:

II. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

A.:
Meno: Priezvisko:
Dátum narodenia: Poist'ovňa:
Adresa:
Telefón: E-mail:
Vzdelanie: Zamestnanie:
Lieky:
Choroby:

B.:

Meno: Priezvisko:

Dátum narodenia: Poist'ovňa:

Adresa:

Telefón: E-mail:

Vzdelanie: Zamestnanie:

Lieky:

Choroby:

III. VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

Preferovaná forma komunikácie: pošta / telefón-sms / mail

Preferovaná lekáreň: Most pri Bratislave / Malinovo / Tomášov

Sprevádzajúca osoba okrem rodiča:

Svojim podpisom potvrdzujem, že som údaje uviedol(a) pravdivo, a že zamlčanie dôležitých skutočností môže mať vplyv na ďalšiu zdravotnú starostlivosť.

.....

Dátum

.....

Podpis