

Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa pre Detské jasle, REHAB s.r.o

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum narodenia.....

Výška / váha.....

1. Má , poprípade malo dieťa niektoré z nasledujúcich zdravotných problémov ?

(zakrúžkujte, príp. dopíšte)

Alergie, Astma, Diabetes mellitus, Hepatitída, Hernia, Osýpky , Ovčie kiahne, Mumps, Zápal pľúc,
Rubeola, Epilepsia, Kŕče / iné / , Iné ochorenia

2. Očkovania

Polio áno nie TBC ánonie

DI/TE/PER áno nie Tetanus ánonie

3. Bolo dieťa niekedy hospitalizované ?

Z akého dôvodu?

.....
.....

4. Užíva dieťa pravidelne lieky ?

.....
.....

5. Je dieťa alergické na lieky ?

Pokiaľ áno , uveďte na ktoré a čím môžu byť nahradené

.....
.....

6. Je dieťa zdravotne spôsobilé navštevovať detské jasle ?

.....
.....

7. Pečiatka a podpis lekára