

## HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY DZIECKA

Nr karty .....

PORADNI .....

Data zarejestrowania .....

Nazwisko i imię ..... Data urodzenia ..... Płeć: M    Ż

PESEL..... Adres .....

Uczęszcza do żłobka/przedszkola/szkoły .....

Oświadczam, że **upoważniam/nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka

(właściwe zaznaczyć) .....  
(imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....  
(data i podpis opiekuna prawnego)

Oświadczam, że **upoważniam / nie upoważniam** do uzyskiwania dokumentacji dziecka

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej ) ( ust. z dn. 6 XI 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

.....  
(data i podpis opiekuna prawnego )

Data	Wywiad: ogólny stan zdrowia, przebyte choroby, pobyty w szpitalu, zabiegi i operacje, uczulenia, zalecenia, zlecone leki, badania podpis i pieczęć lekarza	Nr statystyczny choroby

Nazwisko i imię .....

Strona .....

**Ocena rozwoju dziecka w wieku:**

**a) Bilans zdrowia noworodka (Prawidłowy Nieprawidłowy Obserwacja)**

Apgar ..... test na fenyloketonurię pobrano dnia .....

Stawy biodrowe ..... wywiad rodzinny .....

Bad. Przedmiotowe ..... grupa dyspanseryjna .....

.....  
Podpis dokonującego oceny

**b) 12 miesięcy**

**c) 7 lat**

**d) 14 lat**

Nazwisko i imię .....

Strona .....

Data	Wywiad, ogólny stan zdrowia, przebyte choroby, pobyty w szpitalu, zabiegi i operacje, uczulenia, zalecenia, złecone leki, badania podpis i pieczętka lekarza	Nr statystyczny choroby

Nazwisko i imię .....

Strona .....

Data	Wywiad: ogólny stan zdrowia, przebyte choroby, pobyty w szpitalu, zabiegi i operacje, uczulenia, zalecenia, zlecone leki, badania podpis i pieczęć lekarza	Nr statystyczny choroby