

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK		školní rok :
Jméno a příjmení žáka:		Rodné číslo:
Trvalé bydliště:		
Telefon:	Email:	
Poruchy-problémy: *zrak:brýle _____ dioptrie _____ jiné: *sluch: sluchadlo, jiné _____ *spánek:pomočování, jiné: _____		
Závažná onemocnění: *alergie, astma _____ *metabolické vady _____ *srdeční vady _____ *cukrovka _____ *epilepsie _____ *dlouhodobé nemoci *prodělaná infekční onemocnění (spalničky, zarděnky, plané neštovice, infekční žloutenka, jiné: _____)		
Léky:pravidelně užívané léky Název: _____ Dávkování: _____ Účel: _____		
Poslední očkování (datum) *tetanus *žloutenka:typ _____		
Zdravotní omezení *Dieta-typ: _____ *Omezení při TV: _____		
Zdravotní pojišťovna: _____		

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře:

\*dětský lékař: \_\_\_\_\_

\*psycholog: \_\_\_\_\_

\*foniatr: \_\_\_\_\_

\*logoped: \_\_\_\_\_

\*neurolog: \_\_\_\_\_

\*jiný odborník: \_\_\_\_\_

\*Jiný zdravotní problém, na který nás chcete u svého dítěte upozornit:

V Praze, dne \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_