KARTA ZDROWIA DZIECKA

Nr karty .....

Data zarej. .....

Pieczęć Poradni

PESEL | | | | | | | | | | | |

Nazwisko ..... Imię ..... Płeć: M. Ż.

Data urodzenia .....Adres .....

Uczęszcza do (adres) żłobka ..... od .....do (wiek) .....

przedszkola od ..... do (wiek) ..... Szkoły (adres) .....

Opieka domowa	Imię i nazwisko	Wykonywany zawód	Sytuacja materialna i warunki społeczne środowiska domowego
ojciec			
matka			
inny opiekun			

Wywiad rodzinny do czasu zarejestrowania dziecka

Kolejność i przebieg ciąży i porodu:

Mz/D-1 IMPACT Mysłowice, tel./fax: (032) 762 45 01

Przebyte choroby, zabiegi operacyjne, odczyny alergiczne na leki i surowicę*)

Nazwa choroby	Wiek	Nazwa choroby	Wiek	Nazwa choroby	Wiek

Ocena rozwoju dziecka w wieku:

a) 12 miesięcy

b) 7 lat

c) 14 lat

*) Należy wpisywać na bieżąco

Obserwacje lekarza i pielęgniarki (profilaktyczno - lecznicze)

Data badania	Waga	Inne wskaźniki rozwoju	Wywiad, objawy, wyniki badań pomocniczych - rozpoznanie	Zlecenia

Data	Wizyta środowiskowa (lekarza, położnej, pielęgniarki)