

Důvěrné osobní údaje – dítě

Příjmení dítěte		Rodné číslo nebo datum narození	
Jméno dítěte		Pohlaví	
Příjmení a jméno matky		Národnost matky	
Příjmení a jméno otce		Národnost otce	
Tel. matky		Tel. otce	
E-mail matky		E-mail otce	
Adresa v ČR			
Kontaktní osoba v případě nouze		Tel. číslo	
Pojišťovna dítěte			

Prohlášení

Já, níže podepsaný/á níže uvedeným podpisem potvrzuji, že jsem byl/a se seznámen/a s právem kdykoliv obdržet informace o rozsahu poskytovaných zdravotnických služeb Dětské ambulance mému dítěti a tedy i s cenou těchto zdravotnických služeb.

Podpis rodiče

.....

Datum

Důvěrné osobní údaje – dítě

Vážený rodiči,

abychom pro Vaše dítě mohli zajistit vysoce kvalitní zdravotní péči, žádáme Vás o poskytnutí následujících informací o Vašem dítěti:

Byla u dítěte zjištěna alergie např. na potraviny, léky, apod.?			
Ano	Ne	Druh alergie	
Projevy alergie			
Porod dítěte v termínu?			
Ano	Ne	Kolik dní před?	
Způsob porodu?			
Vaginální		Sekcí	
Porodní hmotnost dítěte		Porodní délka dítěte	
Komplikace během a po porodu?			
Ano	Ne	Popis komplikace	
Vrozená vada dítěte?			
Ano	Ne	Druh vady	
Je/bylo dítě kojeno?			
Ano	Ne	Do kolika měsíců?	
Bylo dítě hospitalizováno?			
Ano	Ne	Kdy?	
Popis onemocnění?			
Mělo dítě úraz?			
Ano	Ne	Popis úrazu	
Mělo dítě operace?			
Ano	Ne	Jaké?	
Trpí dítě chronickým onemocněním?			
Ano	Ne	Popis onemocnění	
Je dítě v péči odborného lékaře?			
Ano	Ne	Jakého?	
Užívá dítě trvale léky?			
Ano	Ne	Druh léku	
Je dítě řádně očkováno?			
Ano	Ne	Jaké chybí?	