

## ANKIETA ZDROWOTNA

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: .....

1. Choroby przewlekłe u dziecka: \*występują / nie występują. Jeśli tak, to jakie?

.....  
.....

2. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? \*TAK / NIE. Jeśli tak, to jakiej?

.....  
.....

3. Leki przyjmowane na stałe:

.....  
.....

4. Uczulenia: \*występują / nie występują. Jeśli tak, to jakie?

.....  
.....

5. Przebyte choroby zakaźne:

.....  
.....

6. Pobyty w szpitalu: \*TAK / NIE. Jeśli tak, to z jakiego powodu?

.....  
.....

7. Inne ważne informacje o dziecku:

.....  
.....  
.....

8. W razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zagrożenia życia, wyrażam zgodę na wezwanie karetki pogotowia ratunkowego: \*TAK / NIE.

Data i podpis rodzica/opiekuna .....

\*Wyrażam/nie wyrażam zgody na ważenie, mierzenie oraz sprawdzanie czystości głowy mojego dziecka przez położną.

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego:

.....

\* właściwe podkreślić