C E N T R U M P O R A D E N S T V A A P R E V E N C I E
Komenského 2740, 024 01 Kysucké Nové Mesto
telefón: 041 / 421 21 76, 0908 709 992
mail: poradna.kysuca@gmail.com

vyplní a potvrdí pediater

VÝPIS ZO ZDRAVOTNÉHO ZÁZNAMU

Údaje sú vysoko dôverné. Za dôvernosť informácií zodpovedá adresát.

1. ÚDAJE O KLIENTOVI		
Meno:	**Priezvisko:**	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	Národnosť:
Adresa, kde klient býva (obec, ulica, PSČ, okres):		
Škola / školské zariadenie:	Trieda:	

Rodičia sú rozvedení: áno – nie **Dieťa je v striedavej starostlivosti** áno – nie

Dieťa je zverené do starostlivosti / zákonný zástupca (komu)**:** .....

2. Tehotenstvo:

Poradie .....

Priebeh predchádzajúcich tehotenstiev matky (potraty, príčiny)

Komplikácie, prekonané choroby matky počas tehotenstva (aj bežné) a lieky, ktoré užívala

Pôrod:

Kde: Poloha:

Týždeň tehotenstva: Priebeh:

Komplikácie:

Poradie dieťaťa: Pôrodná váha: Dĺžka:

3. Raný psychosomatický vývin dieťaťa:

Vývin motoriky: sedenie státie chôdza

Vývin reči: prvé slová vety poruchy reči

Sociálne správanie klienta:

Vývinové anomálie:

Prekonané choroby: **Priebeh:** **Vek:**

Úrazy (hlavy, iné) Operácie

Kŕče Bezvedomie Vysoké teploty

Výsledky doterajších odborných vyšetrení (pedopsychiater, neurológ, oftalmológ a pod.)

4. Zdravotný stav a rodové dispozície:

- zo strany matky
- zo strany otca
- zo strany súrodencov

Sociálne a ekonomické podmienky rodiny (bytové a materiálne pomery a prostredie):

Iné významné údaje:

5. Súhlasím - nesúhlasím so zverejnením poskytnutých informácií v správe z odborného vyšetrenia

Meno lekára, adresa, tel. kontakt: .....

Dátum vyplnenia: .....

.....
pečiatka a podpis lekára

© Centrum poradenstva a prevencie Kysucké Nové Mesto