

28

Pieczętka Zakładu

KARTA ZDROWIA DZIECKA

Nr karty
Data zarej.

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko Imię Płeć: M Z *)

Data urodzenia Adres

Uczęszcza do (adres) żłobka do (wiek) 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 od czasu zarejestrowania dziecka:

Kolejność i przebieg ciąży oraz porodu:

*) właściwe otoczyć obwódką

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak” lub „nie”	Niezdolność do pracy od - do

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak” lub „nie”	Niezdolność do pracy od - do

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak” lub „nie”	Niezdolność do pracy od - do