
Vstupní dotazník pro rodiče dítěte

Neurochirurgická klinika – dětská část

Jméno a příjmení dítěte:.....

Rodné číslo:..... Zdravotní pojišťovna:.....

Adresa bydliště vč PSČ:.....

Matka

Jméno a příjmení:.....

Datum narození :Rodné číslo:.....

Trvalé bydliště:.....

Telefon:.....

Zaměstnavatel:.....

Povolání:.....

Otec

Jméno a příjmení:.....

Datum narození :Rodné číslo:.....

Trvalé bydliště:.....

Telefon:.....

Zaměstnavatel:.....

Povolání:.....

Sourozenci:

.....

Jiný zákonný zástupce/pěstoun

Jméno a příjmení:

Datum narození : Rodné číslo:

Adresa:

Telefon:

Obvodní lékař, pediatr

Jméno:

Adresa:

Alergie:

Trvalá léčba:

.....

Dávkování:

.....

Poslední menstruace:

Prodělané vážné nemoci, úrazy, operace:

.....

Pokud odcházíte od dítěte z pokoje, prosíme, zavírejte postýlky!

Podpis rodičů/zák.zástupců:

.....

Datum: