

Karta informacyjna dla pielęgniarki

Imię i nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania

Telefon rodzica/ opiekuna

Przebyte choroby, urazy

.....

Czy zażywa leki ?

1. TAK – jakie?

2. NIE

Dziecko jest uczulone na leki (przeciwbólowe, inne) ?

1. TAK – jakie?

2. NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na podanie leku w razie potrzeby ?

1. TAK

2. NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na przekazanie informacji o stanie zdrowia dziecka w razie potrzeby: wychowawcy, pedagogowi, nauczycielowi W – F ?

1. TAK

2. NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na przeglądy czystości ?

1. TAK

2. NIE

Czy dziecko jest leczone w Poradni specjalistycznej ? / jakiej /.....

.....

Czy zażywa leki ?..... jakie ?.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

.....
(miejscowość, data)