

## FORMULARZ O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Imię i nazwisko

pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

Nazwa i adres szpitala, w którym urodziło się

dziecko:.....

Data urodzenia.....

Tydzień ciąży w momencie porodu.....

Problemy zdrowotne

współistniejące.....

.....

.

Dziecko powinno być pod specjalistyczną opieką (zaznacz w właściwe):

Neonatolog	
Neurolog	
Kardiolog	
Okulista	
Audiolog	
Fizjoterapeuta	
Neurologopeda	
Terapeuta SI	
Certyfikowany Doradca Laktacyjny	
Psycholog	
Inny specjalista (proszę wpisać jaki)	

UWAGI	

Data, pieczęć i podpis lekarza pediatry

.....