

Горњи Милановац
Назив здравствене установе
Број здравственог картона детета

ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ I ПОПУЊАВА РОДИТЕЉ

Презиме и име детета _____ Година рођења _____

Име оца (мајке) _____ Занимање _____

Адреса _____ Телефон/мобилни _____/_____

Школа Основна школа „Момчило Настасијевић“

Наведите да ли Ваше дете болује од шећерне болести, епилепсије, месечартва, хемофилије, астме, срчаног обољења, болести зависности (подвући), није наведено а од значаја је :

Наведите терапију коју Ваше дете узима (назив лека, доза) _____

_____ године

Датум

Потпис родитеља

II ПОПУЊАВА ОРДИНИРАЈУЋИ ЛЕКАР

ПРЕГЛЕД ПРЕ ПОЛАСКА

Акутна обољења на дан прегледа :

Алергија на лек / храну :

Датум последње вакцинације против тетануса : _____

Хроничне незаразне болести од већег социомедицинског значаја*/ терапија (назив лека, доза) :

III Попуњава лекар пратилац / лекар у месту боравка детета

ПРЕГЛЕД У ТОКУ БОРАВКА

Анамнеза : _____

*мисли се пре свега на: шећерна болест, епилепсија, месечарство, хемофилија, астма, срчана обољења, болести зависности.