**Sp. z o.o**

**NIP 781-18-73-010**

ORW WIELSPIN 62-100 Wągrowiec ul. Jeziorna 16

**Wągrowiec, dnia………………………..**

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**Imię i Nazwisko:.………………………………………………. Turnus: ……………………………**

**Data urodzenia: ……….……………………….. Pesel : ………………………………………….…**

**\* w przypadku kolejnego pobytu proszę wypełnić rubryki, w których wystąpiły zmiany**

**Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………..........**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nr Tel: ………………………………., e-mail: …………………………………………..………………..**

**Opiekunowie: ……………………………………………………………………………………………….**

**Szczepienie WZW/zwolnienie ze szczepień: …………………………………………………..**

**Diagnoza: …………………………………………………………………………………………….………..**

**………………………………………………………………………………………………………..……………..**

**Schorzenia współistniejące: ……………………………………………………………………........**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**Przebyte operacje: …………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**Opieka specjalistyczna:**

* **Neurolog………………………………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………………………..**

* **Ortopeda……………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………**
* **Psycholog…………………………………………………………………………………………….**

 **………………………………………………………………………………………………**

* **Inne …………………………………………………………………………….………………………**

 **……………………………………………………………………………….……………………**

**Przyjmowane leki: stałe ( jeśli tak, to z powodu jakiego schorzenia):**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**Przyjmowany antybiotyk w ciągu ostatnich 3 tygodni:**

**……………………………………………………………………………………………………………………...**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**Uczulenia:**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kontakt z dzieckiem:**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………....**

**Mowa:**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**Samoobsługa:**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**Ocena motoryczna:**

**……………………………………………………………………………………………………………………...**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się niezwłocznie zgłosić po ich zaistnieniu.

Wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem w tym zabiegów fizjoterapeutycznych :

 **……………………………………………………………. podpis rodzica/opiekuna**

**……………………………………………………………… pieczątka i podpis lekarza**