Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov

**Léčebna zrakových vad, Sladkovského 840, 544 01 Dvůr Králové n.L.**

### IČO: 00195201 DIČ: CZ00195201

### tel.,fax 499 320 197 E-mail:lzv.dk@tiscali.cz

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov je zapsáno v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Hradci Králové v oddílu Pr.,vložkač.784

 **DOTAZNÍK VYPLNÍ RODIČE (vyplňte-předáte při nástupu)**

Jméno a příjmení dítěte: Datum narození:

Bydliště: Zdravotní pojišťovna:

**Charakter potíží:**

Změny na kůži (atopický ekzém, plíseň apod.):

Alergie na potraviny a jaká byla alergická reakce ( otok,vyrážka):

Alergie na léky:

Jiné alergie

Případné změny ve stravě (dieta apod.):

Kdy bylo dítě naposledy nemocné:

Název antibiotik, která v poslední době užívalo:

Prodělalo v dřívější době laryngitidu nebo febrilní křeče?

Chodí doma pravidelně na stolici? Kdy byla poslední stolice?

Poruchy sluchu:

Nosí rovnátka na zuby?

Pomočuje se? (Má enuretický režim? Prosím rozepsat , kdy dítě v noci budíte na WC):

**LÉKY, KTERÉ DÍTĚ UŽÍVÁ TRVALE:**

**LÉKY, KTERÉ DÍTĚ UŽÍVÁ PŘI POTÍŽÍCH:**

**LÉKY(MASTI), KTERÉ DÍTĚ UŽÍVÁ, PŘIVEZTE V MNOŽSTVÍ, ABY STAČILY NA CELÝ POBYT V LÉČEBNĚ , V ORIGINÁLNÍM BALENÍ A S PLATNOU DOBOU POUŽITELNOSTI. VČETNĚ NÁVODU K UŽÍVÁNÍ. LÉKY JE NUTNO PODEPSAT CELÝM JMÉNEM DÍTĚTE.**

Podpis zákonného zástupce Podpis zdravotnického pracovníka

Datum: Datum, čas: