Léčebna zrakových vad

Sladkovského 840
544 01 Dvůr Králové nad Labem
Tel.: +420 499 320 197
E-mail: lecebna@ocnilecebna.cz

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov IČO: 00195201 DIČ: CZ00195201
Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov je zapsáno v obchodním rejstříku vedeném u Kr. soudu v Hradci Králové v oddílu Pr. ,vložka č.784

OSOBNÍ DOTAZNÍK DÍTĚTE zašlete obratem vyplněné zpět

Jméno a příjmení dítěte:	**rodné číslo bez lomítka – první 6ti číslí**
Datum narození:	**zdravotní pojišťovna:**
Trvalé bydliště: Ulice: Město, PSČ:	okres:
Název kmenové ZŠ: třída: Nástup do ZŠ v roce:	Název MŠ: třída: přípravná:
Jméno a příjmení matky:	rok narození matky:
Pozice v zaměstnání matky:	**Telefonní kontakt:**
Adresa zaměstnavatele matky:	**E-mailová adresa:**
Jméno a příjmení otce:	rok narození otce:
Pozice v zaměstnání otce:	**Telefonní kontakt:**
Adresa zaměstnavatele otce:	**E-mailová adresa:**
Sourozenci (jméno, věk):	
Léčení sourozenců zde:	
Kolikáté narozené dítě je ze sourozenců:	pravák levák
Porod: normální, komplikovaný, předčasný,...	
Alergie na léky a ostatní alergie:	
Alergie na potraviny + případný projev alergické reakce:	
Dieta + zvláštnosti ve stravování:	
Léky, které užívá trvale:	
Léky, které dítě užívá při potížích:	
Prodělané infekční choroby: spála - spalničky - záškrt - plané neštovice - příušnice - infekční žloutenka - úplavice - černý kašel - zarděnky	

Léčebna zrakových vad

Sladkovského 840
544 01 Dvůr Králové nad Labem
Tel.: +420 499 320 197
E-mail: lecebna@ocnilecebna.cz

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov IČO: 00195201 DIČ: CZ00195201
Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov je zapsáno v obchodním rejstříku vedeném u Kr. soudu v Hradci Králové v oddílu Pr. ,vložka č.784

Onemocnění v minulosti laryngitida, febrilní křeče: ano x ne	
Úrazy, které prodělalo a jejich následky:	
Poslední onemocnění (užívané léky, ATB):	
Pomočování: ano x ne Pravidelná stolice: ano x ne	denní x noční
Poruchy sluchu: ano x ne	Rovnátka na zuby: ano x ne
Kdo zjistil oční vadu (rodiče, lékař) a kdy:	
Léčení oční vady: brýle ano x ne od kdy:	okluze ano x ne oko: pravé x levé od kdy: ortoptické cvičení: ano x ne poslední ortoptické cvičení:
Jméno očního lékaře dítěte:	Operace očí (které oko a rok): ano x ne
Pravidelné kontroly u očního lékaře: ano x ne	Poslední kontrola (měsíc + rok):
Povaha dítěte:	
Zájmy dítěte:	
Nedostatky dítěte:	
Které jídlo nejí:	
Různé:	

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.

PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

Prohlašujeme, že náš syn, dcera .....

nastoupí na léčení zraku dne .....

.....

podpis rodičů

Odesláním formuláře beru na vědomí informace o zpracování osobních údajů: https:/www.soltrutnov.cz/gdpr.html.