

## Karta zdrowia Dziecka

Imię i nazwisko Dziecka ..... klasa.....

(właściwą odpowiedź proszę napisać lub \* - podkreślić)

**Czy dziecko:**

- ma uczulenie (alergie): NIE, TAK - na co .....  
objawy uczulenia.....
- słyszy\*: DOBRZE, ŹLE; widzi\*: DOBRZE, ŹLE; ma zez\*: NIE, TAK
- używa\*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- czy choruje przewlekłe, czy leczy się z tego powodu? .....
- .....
- .....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej\*: NIE, TAK-jakiej?.....
- .....
- przyjmuje leki\*: NIE, TAK-jakie?.....
- .....
- .....
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne \*: NIE, TAK
- przebyło choroby zakaźne\*: NIE, TAK-jakie? .....
- .....
- .....
- inne choroby np. układu pokarmowego, oddechowego, moczowego itp. ....
- .....
- .....
- urazy, zatrucia\*: NIE, TAK-jakie? .....
- .....
- .....
- pobyty szpitalne\*: NIE, TAK, kiedy, z jakiego powodu?.....
- .....
- .....
- czy ma inne problemy zdrowotne\*: NIE, TAK-jakie? .....
- .....
- .....
- .....

**Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach\*:**

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem; inne - jakie?.....

**Zachowanie dziecka\*:** nie budzi niepokoju, nadruchliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy.....

Wyrażam zgodę na udzielenie mu pomocy medycznej ( w razie nagłej potrzeby ).

.....  
.....

Data i podpis Rodziców

Dziękuję  
wychowawca klasy Dorota Dymarska