

Jméno a příjmení :	
Datum narození	Věk

Kontakt

Telefon 1 (matka)	Telefon 2 (otec)
--------------------	-------------------

Kartička pojišťovny (vložte, nalepte kopii)

--

Alergie

Alergie na:	Lék(y)	Indikace	Kontra indikace

Pravidelně užívá léky

Lék	Ráno	Poledne	Večer	Poznámka

Jiná vážná zdravotní sdělení nebo omezení

--

.....
podpis zákonného zástupce

záznamy zdravotníka (nevyplňujte)

Souhlas s ošetřením

Bezinfekčnost

Zdravotní způsobilost