



DĚTSKÉ CENTRUM ČTYŘLÍSTEK, příspěvková organizace
Nákladní 147/29, 746 01 Předměstí, Opava
IČ 681 77 992, Tel.: 553 621 548

VYJÁDRĚNÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

před přijetím do zařízení DC Čtyřlístek

ke zdravotnímu stavu dítěte (zdravotní postižení/omezení, chronické onemocnění, úroveň očkování):

Jméno a příjmení dítěte:.....Rodné číslo:.....

Chronické onemocnění/zdravotní omezení dítěte:.....

.....

.....

.....

.....

Alergie: NE / ANO*:.....

Pravidelně užívané léky a dávkování: NE / ANO*:.....

.....

Dítě bylo řádně očkováno: ANO / NE*:.....

očkování mimo povinné schéma:.....

Současný zdravotní stav dítěte:.....

.....

.....

Dítě nemá nařízenou karanténu, není infekčně nemocné a v poslední době se nedostalo do styku s osobou, která má lékařem nařízenou karanténu nebo je infekčně nemocná.

.....

V.....dne.....

.....
razítko a podpis pediatra

*nehodící se škrtněte

www.dcctyrlistik.cz
tel.: 553 621 548
fax: 553 622 322

Bankovní spojení
Komerční banka, a.s.
č. účtu: 19-669390207/0100

Příspěvková organizace
Moravskoslezského kraje

