

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Nějaké onemocnění:.....

Kompenzační  
pomůcky:.....(brýle,.....)

Plánované lékařské zákroky:.....

Pravidelně užívané léky:.....

Alergie:.....

Pediatr:.....

Odborní lékaři:

.....  
.....  
.....

Dne: .....

Podpis zákonného zástupce