

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