|  |
| --- |
| **\*záznam je určený pre zdravotníckeho pracovníka v škole**  **Názov a adresa školy:** |

|  |
| --- |
| **ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM** |
| **Meno, priezvisko dieťaťa:**  **Rodné číslo: Zdravotná poisťovňa:**  **Rodič/zákonný zástupca dieťaťa:**  (Meno a priezvisko, adresa, tel. kontakt) |
| **Vstupný záznam posúdenia zdravotného stavu dieťaťa** |
| Alergie: □ nie □ áno, aká:  Hmotnosť: ............. kg Výška: ............ cm TK: ..................... mmHg P: ................... / min. |
| Mobilita: problém □ nie □ áno, aký:  Kompenzačné pomôcky: □ nie □ áno, aké:  Diétne obmedzenie: □ nie □ áno, aké:  Stravovanie: □ samostatne □ s pomocou □ enterálna výživa □ iné zistenia:  Nazogastrická sonda: □ nie □ áno (dátum zavedenia):  Vylučovanie: problém □ nie □ áno, aký:  Močenie: problém □ nie □ áno, aký:  PK: □ nie □ áno (dátum zavedenia): Plienky: □ nie □ áno  Stómia: □ nie □ áno, druh:  Koža: problém □ nie □ áno, aký:  Zrak: problém □ nie □ áno, aký:  Sluch: problém □ nie □ áno, aký:  Kompenzačné pomôcky: □ okuliare □ šošovky □ načúvací aparát  Reč: problém □ nie □ áno □ poruchy reči, aké:  Sociálny stav: □ normálne sociálne prostredie □ slabé sociálne prostredie □ náhradná starostlivosť  Iné zistenia:...........................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................... |
| Odporúčaná liečba pediatra: ................................................................................................................................  ...............................................................................................................................................................................  ...............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................... |
| Čas a dátum:  Podpis rodiča/zákonného zástupcu:  Podpis zdravotníckeho pracovníka: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Názov a adresa školy, v ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť:** | | |
| **Meno, priezvisko dieťaťa:** | | **Rodné číslo:** |
| **Dátum a čas zápisu:** | **Rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb**  **súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,**  **identifikácia ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka:** meno, priezvisko a podpis | |
|  |  | |