

ZPRÁVA LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození: rodné č.:.....

Bydliště:

1. Zdravotní postižení:

- ne
- ano (jaké): mentální
- tělesné
- zdravotní oslabení
- smyslové
- řečové
- jiné
- vrozené
- získané (kdy, jak)

2. Charakteristika zdravotního stavu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Zdravotní potíže:

- ne
 - ano (jaké)
-
-
- doporučený postup řešení akutních stavů:
-
-

4. Závažné lékařské zákroky:

- ne
 - ano (uved'te kdy, jaké)
-
-
-

5. Užívá dítě trvale léky:

- ne
- ano (jaké)

.....
.....

léky, které mají být podávány dítěti ve škole, jejich dávkování a způsob podání:

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

6. Výskyt alergií:

- ne
- ano (na co)

.....
.....

7. Zvláštní stravovací režim:

- ne
- ano – speciální požadavky– jaké:

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

8. Vyskytují se u dítěte záchvaty:

- ne
- ano – první příznaky, průběh, doporučený způsob řešení

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

9. Podrobuje se stanoveným pravidelným očkováním:

- ano
- ne

10. Užívá dítě kompenzační pomůcky:

- ne
- ano (jaké, jak)

.....
.....

11. Vhodnost použití metody míčkové facilitace:

- ano
- ne

12. Vhodnost provádění inhalací:

- ano
- ne

13. Další doporučené způsoby péče, upozornění na potřebu zvláštní péče atd.:

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

14. Kontakt pro případ potřeby:

- jméno dět.
lékaře.....
- ordinační doba, příp. doba, vhodná ke konzultaci:
.....
.....
.....
- telefon

Poznámka:

V případě změn údajů uvedených v tomto dotazníku, je povinností zákonných zástupců neprodleně o těchto změnách informovat speciálního pedagoga školy, který má dítě v péči.

V dne

.....
razítko a podpis lékaře