Dotazník o zdravotním stavu dítěte (anamnéza) pro účely akce DDM Ždánice

Prosím vyplňte čitelně. Na pravdivosti údajů může záviset zdraví vašeho dítěte.

Jméno a příjmení dítěte: ……………………………………………………………………………………

Zdravotní pojišťovna: ………………………………… Rodné číslo: …………………………

Váha dítěte .....…. kg: *(pro případné dávkování léčivých přípravků)*

Trpí dítě nějakou přecitlivělostí, alergií, astmatem apod.? Popište včetně projevů a alergenů.

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

Má dítě nějakou trvalou závažnou chorobu? (epilepsie, cukrovka apod.)

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

Užívá Vaše dítě trvale nebo v době konání akce nějaké léky? Kolikrát denně, v kolik hodin a v jakém množství?

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

Je dítě schopné pohybové aktivity bez omezení? Pokud ne, jaké je to omezení?

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

Jiné sdělení (pomočování, různé druhy fóbií nebo strachu, činnosti nebo jídla, kterým se dítě vyhýbá, hyperaktivita, zvýšená náladovost, specifické rady nebo prosby atd.):

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

Prohlašuji, že mé dítě: **dovede** / **nedovede plavat**\*

\* nehodící se škrtněte

Prohlašuji, že můj syn / má dcera je zdráv(a). Současně mi není známo, že by mé dítě v posledních 14 dnech přišlo do styku s infekčním prostředím nebo osobami, které onemocněly infekční chorobou. Dítě nejeví známky onemocnění (zvracení, průjem, zvýšená teplota ap.). Ošetřující lékař ani hygienik nenařídil mému dítěti ani jiným osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti, zvýšený zdravotní dohled, lékařský dozor při onemocnění nebo karanténní opatření. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé. (Toto prohlášení nesmí být starší než 1 den před nástupem na akci.) Upozorňuji také vedoucího na nutnost brát zřetel na některé obtíže mého dítěte (např. astma, alergie užívané léky apod.)

Kontakt na zákonné zástupce dítěte během akce:

 1. Jméno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. Jméno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum a podpis zák. zástupce ze dne odjezdu na akci: