

## Zdravotný formulár

Tento formulár je dokument o zdravotnom a psychickom stave Vášho dieťaťa a je veľmi dôležitý pre nášho zdravotníka, aby mohol včas zakročiť v prípade akýchkoľvek problémov alebo komplikácií. Náš zdravotník Vaše dieťa nepozná a toto je jediný spôsob ako mu priblížiť jeho zdravotný aj psychický stav.

Odovzdajte prosím vyplnený formulár v deň nástupu na tábor nášmu zdravotníkovi osobne.

**Vy svoje dieťa poznáte najlepšie a my chceme chrániť jeho zdravie !!!**

Meno, priezvisko dieťaťa \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_

Krvná skupina: \_\_\_\_\_

Detský lekár (meno a kontakt): \_\_\_\_\_

Poisťovňa: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Užíva Vaše dieťa nejaké lieky? (doliečovanie, alergia, antidepresíva...) \_\_\_\_\_

Názov lieku a čas užívania: \_\_\_\_\_

V prípade užívania akéhokoľvek lieku je potrebné ho odovzdať aj s harmonogramom užívania zdravotníkovi pri nástupe do tábora !!!

Má Vaše dieťa alergiu na: \_\_\_\_\_

Potraviny (jedlo, nápoje, aké?) \_\_\_\_\_

Lieky (aké): \_\_\_\_\_

Hmyz (ktorý?) \_\_\_\_\_

Zvieratá (aké?) \_\_\_\_\_

Peľ (z čoho?) \_\_\_\_\_

Seno \_\_\_\_\_

Materiál, syntetické látky, farby... (aké?) \_\_\_\_\_

Máva reakcie na slnko, vodu, opálenie (alergia na slnko)? \_\_\_\_\_

Problémy s jedlom (diéta)? \_\_\_\_\_

Nevôľnosť pri cestovaní? \_\_\_\_\_

Problémy so stolicou, močením (v noci? často? treba veľa tekutín?) \_\_\_\_\_

Bolieva ho často hlava? (V prípade bolesti, aké lieky mu podávate?) \_\_\_\_\_

Býva Vaše dieťa často choré? \_\_\_\_\_

Aké choroby sa prejavujú najčastejšie? (chrípka, angína, zápal dutín...) \_\_\_\_\_

Máva často nádchu? \_\_\_\_\_

Prekonal Vaše dieťa: \_\_\_\_\_

Kiahne? \_\_\_\_\_

Osýpky? \_\_\_\_\_

Iné detské choroby? \_\_\_\_\_

Prekonal Vaše dieťa nejakú infekčnú chorobu? (žltáčku, ...) \_\_\_\_\_

Máva často úrazy? (aké?) \_\_\_\_\_

Malo Vaše dieťa niečo zlomené, vyklbené, alebo podvrtnuté? (čo?) \_\_\_\_\_

Má Vaše dieťa nejakú poruchu zraku? (krátkozrakosť, ďalekozrakosť, tupozrakosť, farbosleposť?...) \_\_\_\_\_

Nosí okuliare? (aké dioptrie?) \_\_\_\_\_

Má Vaše dieťa problémy so srdcom, alebo v minulosti malo? (aké?) \_\_\_\_\_

Má Vaše dieťa problémy s kĺbami? \_\_\_\_\_

Má Vaše dieťa problémy s dýchaním? \_\_\_\_\_

Má Vaše dieťa nejakú vrodenú chybu? \_\_\_\_\_

Má Vaše dieťa nejaké pohybové obmedzenie? (aké?) \_\_\_\_\_

Má Vaše dieťa nejaké zdravotné obmedzenie? (aké?) \_\_\_\_\_

Má Vaše dieťa nejaké psychické problémy? \_\_\_\_\_  
Navštívilo niekedy psychologickú, alebo psychiatrickú poradňu? \_\_\_\_\_  
Je Vaše dieťa hyperaktívne? \_\_\_\_\_  
Má Vaše dieťa epilepsiu? \_\_\_\_\_

Ďalšie skutočnosti o zdravotnom stave a psychickom stave Vášho dieťaťa, ktoré by mohli byť pre nás dôležité: \_\_\_\_\_

Kontakt na mamu: \_\_\_\_\_  
Kontakt na oca: \_\_\_\_\_

V prípade, ak bude nutné kontaktovať Vás a nebudeme sa Vám môcť dovolať, uveďte ďalšie kontakty, ako sa s Vami spojiť (telefón do práce, kontakt na starú mamu, starého otca, súrodenca...) .....

Prehlasujem, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a nič som nezamlčal/a.

Pravdivosť údajov potvrdzujem svojim podpisom.

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_  
Vzťah k dieťaťu (rodič, vychovávateľ, starý rodič...) \_\_\_\_\_  
Vlastnoručný podpis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VYHLÁSENIE

(nesmie byť staršie ako 1 deň pred nástupom na tábor)

Vyhlasujem, že dieťa \_\_\_\_\_, bytom \_\_\_\_\_, neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že príslušný orgán verejného zdravotníctva ani ošetrojúci lekár menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú v spoločnej domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku z osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

Som si vedomý/á/ právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý/á/, že by som sa dopustil/a/ priestupku podľa § 38 zákona č. 126/2006 Z. z. o verejnom zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

\_\_\_\_\_ dátum

\_\_\_\_\_ podpis rodiča

**Odovzdať pri nástupe na tábor do rúk zdravotníka spolu s preukazom poistenca!**