

Zdravotný dotazník

Miništrantská univerzita 2019

Meno dieťaťa:

Dátum narodenia:

Alergia (lieky, jedlo, nápoje, včely, seno,...): _____

Reakcie na slnko, vodu, opálenie: _____

Používa zvláštny krém: _____

Spánok, budenie v noci: _____

Problémy s jedlom (diéta): _____

Nevôľnosť pri cestovaní: _____

Problémy so stolicou, močením (v noci? často? treba veľa tekutín?): _____

Ťažkosti so srdcom, dýchaním, kĺbmi: _____

Zdravotné problémy (nádcha, bolesť brucha, kašeľ, teploty): _____

Aké lieky musí užívať (pri nástupe odovzdať do rúk zdravotníka): _____

Neznášanlivosť liekov: _____

Ako často máva kliešťa: _____

Iné: _____

dátum

podpis rodiča