

DOTAZNÍK ZDRAVOTNÝCH ŤAŽKOSTÍ PACIENTA

pre potreby ošetrujúceho lekára :

MUDr. Michaela Podkovičová, BabyMedic s.r.o., Hviezdoslavova 375/22, Ilava, 01901

Meno a Priezvisko pacienta:

Dátum narodenia:

Vypĺňa : rodič / zákonný zástupca

pacient

Krátky popis ťažkostí pacienta:

Ako dlho trvajú Vaše ťažkosti? (hodiny, dni)

Ak máte zvýšenú teplotu, akú najvyššiu hodnotu ste namerali?

Aké lieky ste doteraz podali?

V Ilave, dňa _____

Podpis