

FORMULARZ O STANIE ZDROWIA (WYPEŁNIA LEKARZ)

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

Masa ciała:

Wzrost:

.....

.....

.....

Diagnoza:

.....

.....

Krótki opis stanu zdrowia:

.....

.....

.....

.....

Wypełnij właściwie:

**zaznacz krzyżykiem*

POSTAĆ *	ŁAGODNA	UMIARKOWANA	CIĘŻKA	
UPOŚLEDZENIE*	WZROKU	SŁUCHU	INTELEKTU	MOWY

Problemy medyczne współistniejące:

Wodogłowie*	
Skolioza*	
Padaczka*	
zaburzenia zmysłów (wzrok, słuch, czucie, etc)*	
Inne:	

OCENA STANU DZIECKA	W GRANICACH NORMY	OPÓŹNIENIE
Rozwój fizyczny*		
Czynności motoryczne *		
Rozwój zdolności poznawczych*		
Zdolność komunikowania w mowie*		
Rozwój socjalny (rozwój w społeczeństwie)*		
Rozwój emocjonalny (w porozumieniu z psychologiem)*		
Zdolności adaptacyjne – samoopieka (czyli jak dziecko znajdzie się w grupie to podejmie czynności jak inni np. mycie, czesanie itp.)*		

Jest pod stałą opieką:	
Pediatry/lekarza rodzinnego*	
Neurologa*	
Ortopedy*	
Logopedy*	
Psychologa *	
Pedagoga *	
Inne specjalności (okulista, etc.)*	
Wskazana opieka dotychczas brakującego specjalisty (wpisz specjalność)	

UWAGI DODATKOWE	
------------------------	--

Podpis i pieczęć lekarza