

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ

(συμπληρώνεται από τον Παιδιάτρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: _____

ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____

1. Περιγεννητική κατάσταση:.....

2. Ψυχοκινητική Ανάπτυξη:.....

3. Ομιλία:.....

4. Σε καταφατικές περιπτώσεις σημειώστε με Χ το ανάλογο τετράγωνο:

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Χ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Χ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Ίλαρά			Αλλεργία & που		
Ερυθρά			Σπαστική βρογχίτις		
Παρωτίτιδα			Επιληψία		
Ανεμοβλογιά			Πυρετικοί σπασμοί		
Οστρακιά			Έλλειψη Ενζύμου		

5. Άλλα νοσήματα:.....

6. Χειρουργικές επεμβάσεις:

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

7. Παίρνει φάρμακα για χρόνιο νόσημα και ποια:.....

8. Αλλεργίες σε τρόφιμα και ποια:.....

9. Έχουν πραγματοποιηθεί τα απαιτούμενα για την ηλικία εμβόλια

Τελευταία φυματοαντίδραση Mantoux (ημερομηνία)

Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει τουλάχιστον μία φορά Mantoux, να αιτιολογήσει ο παιδίατρος του λόγους που δεν έχει πραγματοποιηθεί ή να αναφέρει την ημερομηνία που θα γίνει

.....

10. Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό υγείας θα συνοδεύεται και από έκθεση του ειδικού (Ψυχολόγου Λογοθεραπευτή ή Εργοθεραπευτή)

11. Το παιδί μπορεί να ενταχτεί στο κοινό πλαίσιο λειτουργίας του Παιδικού Σταθμού

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ:

Όνοματεπώνυμο: _____

Τηλέφωνα: _____

Ημερομηνία: _____

