

ANKIETA INFORMACYJNA O DZIECKU

Imię i nazwisko:.....
Data urodzenia:.....
Pesel:.....

1. Jak dziecko reaguje na rozłąkę z rodzicami (opiekunami) ?
- a) Czy dziecko zanosi się podczas płaczu?.....
- b) Jak dziecko reaguje na wysoką gorączkę (np. ma drgawki , omdlenia)?
2. Czy dziecko ma rodzeństwo?.....
3. Czy dziecko siada, raczkuje, próbuje chodzić, czy próbuje samo jeść?
4. Czy dziecko śpi w ciągu dnia?- w jakich godzinach?
- a) Czy u dziecka występują problemy w zasypianiu?.....
- b) Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia w kwestii zasypiania np. pieluszka tetrowa, maskotka, smoczek, kołysanie, głaskanie?.....
- c) Czy u dziecka występują bezdech w czasie snu?.....
5. Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne, w jaki sposób?.....
6. Czy u dziecka występują objawy alergii, jakie?
- a) Czy dziecko jest na coś uczulone np. pokarmy, środki czystości?.....
- b) Czy dziecko ma specjalną dietę ?.....
7. Czy dziecko przewlekłe choruje, na co?.....
8. Czy dziecko przyjmuje leki na stałe , jakie?.....
9. Czy dziecko miało jakieś zabiegi, operacje, urazy, wypadki? Kiedy?
10. Czy dziecko leczone jest u specjalistów? Jakich? Czy jest w trakcie rehabilitacji?.....
11. Inne istotne informacje o dziecku.....

Oświadczam, że moje dziecko.....nie jest uczulone
na syrop przeciw gorączkowy np.; „IBUM” lub „NUROFEN”.
W razie potrzeby wyrażam zgodę na podanie w/w środka .

Zabrze.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów)