

**KARTA ZDROWIA MIESZKAŃCA INTERNATU PRZY LICEUM
OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM NIEPUBLICZNYM
KOLEGIUM ŚW. STANISŁAWA KOSTKI**

1. Dane osobowe dziecka

Imię i nazwisko dziecka.....,

Data i miejsce urodzenia.....,

Imiona rodziców.....,

Nr PESEL dziecka

Adres

Telefon komórkowy rodziców: Mama

Tata

2. Informacje rodziców dotyczące zdrowia dziecka

(* niepotrzebna skreślić)

2.1. Waga, wzrost.....,

2.2. Moje dziecko:

- jest / nie jest* leczone z powodu:

- jest / nie jest* pod stałą opieką poradni (jakich)

- przyjmuje stale leki tak / nie* (proszę podać dawki i częstotliwość)

.....

- nosi okulary tak / nie*

- nosi soczewki kontaktowe tak / nie*

- nosi aparat ortodontyczny tak / nie*

- nosi wkładki ortopedyczne tak / nie*

- nosi inne aparaty tak / nie* (proszę podać jakie)

- jazdę samochodem / autobusem znosi dobrze / źle*

2.3. Moje dziecko często skarży się na:

- bóle głowy tak / nie*

- zawroty głowy tak / nie*

- bóle brzucha tak / nie*

- bóle kręgosłupa tak / nie*

- inne dolegliwości tak / nie* (jakie)

.....

2.4. W ciągu ostatniego roku moje dziecko przebywało w szpitalu tak / nie* (jakim i z jakiego powodu)

.....

2.5. Czy kiedykolwiek zdarzyły się dziecku:

- omdlenia tak / nie*

- napady drgawkowe tak / nie*

- utrata przytomności tak / nie*

- moczenie nocne tak / nie*

- duszności tak / nie*

- częste wymioty tak / nie*

- zaburzenia równowagi tak / nie*

- krwotoki z nosa tak / nie*

- przewlekły kaszel tak / nie*

- szybkie męczenie się tak / nie*

- lęki tak / nie* (jakie).....

- reakcje alergiczne na pokarm tak / nie* (proszę podać na jakie pokarmy, jaka jest reakcja alergiczna i jakie dziecko przyjmuje wtedy leki)

- reakcja alergiczna na leki tak / nie* (proszę podać na jakie leki, jaka jest reakcja alergiczna i jakie dziecko przyjmuje wtedy leki)

2.6. Przebyte choroby (podkreślić jakie i podać rok): ospa

ospa wietrzna, półpasiec, różyczka, odra,
świnka, krztusiec, żółtaczkę zakaźną, dur brzuszny,
inne

2.7. Moje dziecko choruje na:

- nadciśnienie tak / nie*
- cukrzycę tak / nie*
- padaczkę tak / nie*
- wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) tak / nie*
- wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV) tak / nie*
- AIDS tak / nie*
- chorobę serca tak / nie* (jaką)
- chorobę układu nerwowego tak / nie* (jaką)
- chorobę nerek tak / nie* (jaką)
- chorobę układu moczowego tak / nie* (jaką)
- zaburzenia hormonalne tak / nie*
- inną chorobę tak / nie* (jaką)

Własnoręcznym podpisem zaświadczam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia mojego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie jego pobytu w Polsce i zamieszkania w wyżej wymienionym Internacie.

.....
data i czytelny podpis
matki/opiekunki prawnej

.....
data i czytelny podpis
ojca/opiekuna prawnego

3. Informacje o szczepieniach (wypełnia pielęgniarka lub rodzice załączają odpis z książeczki zdrowia z aktualnymi szczepieniami, przetłumaczony na język polski, poświadczony notarialnie)

Szczepienia ochronne (podać rok):

- wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV)
- wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV)
- tężec
- błonica
- dur
- inne

.....
miejsce i data

.....
podpis pielęgniarki

4. Opinia lekarza

Stwierdzam, że ze względów zdrowotnych dziecko - imię i nazwisko dziecka

.....
w czasie pobierania nauki w Liceum Ogólnokształcących Niepublicznym Kolegium św. Stanisława Kostki w Warszawie może zamieszkiwać w przynależącym do Liceum Internacie. Stwierdzam, że stan zdrowia dziecka nie zagraża zdrowiu i życiu mieszkańców i wychowawców Internatu.

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęć lekarza