SP. ZOZ Oborniki
Oddział dziecięcy

..... , dnia .....

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

(dane z okresu minimum 6 miesięcy przed przyjęciem)

1. Nazwisko i imię .....

2. Czy dziecko było hospitalizowane w innych placówkach służby zdrowia? Jakich i kiedy?

.....

3. Czy dziecko miało pobraną krew, wykonywane iniekcje domięśniowe lub dożylne? Gdzie i kiedy?

.....

4. Czy dziecko przeszło zabieg operacyjny? Gdzie i kiedy?

.....

5. Czy dziecko korzystało z usług gabinetów stomatologicznych? Jakich i kiedy?

.....

6. Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? **TAK / NIE**

7. Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni był kontakt z chorobami zakaźnymi? **TAK / NIE**

Poświadczenie założenia znaku tożsamości.

.....
podpis pielęgniarki