115

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, wykonane 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

z. 557/2018 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl