

VIZSGÁLATI LAP

Név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

Telefon, e-mail:

Dátum:

TAJ:

Születési súly / születési hossz / fejkörfogat / mellkaskörfogat

Terhességi hét / szülés típusa / Apgar-score:

Kötelező védőoltások:

Ajánlott védőoltások:

Táplálás:

Állandó gyógyszerek:

Gyógyszerérzékenység/allergia:

Műtét/baleset/gondozás alatt áll:

Családi előzmények:

Kiállott betegségek:

Jelen panaszok:

↑ ↑ ↑ EZEKRE A KÉRDÉSEKRE KELL VÁLASZOLNI ↑ ↑ ↑

FIZIKÁLIS VIZSGÁLAT

Általános állapot:

Bőr, nyálkahártyák:

Száj/nyelv/fogazat:

Orr/garat:

Fül/szem:

Nyirokcsomók:

Szív, keringés:

Légzőrendszer:

Has/máj/lép:

Nemi szervek:

Csontok/koponya/ízületek:

Izomzat:

Idegrendszer:

Testsúly:

Magasság:

BMI:

Diagnózis(ok) (BNO):

Terápiás javaslat/kontrollvizsgálat:

↑ ↑ ↑ EZEKET VIZSGÁLJA AZ ORVOS ↑ ↑ ↑

Szülő aláírása:

