

16. preventívna prehliadka u detí

Vykonáva sa v 13. roku života. Predtlačенý formulár.

Meno, priezvisko		
Bydlisko		
Poisťovňa		
Rodinná anamnéza		
Lieková anamnéza		
Osobná anamnéza		
Subjektívny stav popísaný rodičom (opatrovníkom)		
Objektívny stav zhodnotený lekárom, vyšetrenie moču		
Hmotnosť kg	Výška cm	TK /
Koža		
Svalový tonus		
Psychomotorický vývoj		
Dutina ústna		
Stav dentície		
Oči, uši – vyšetrenie ostrosti zraku a sluchu		
Krk – tvar a pohyblivosť		
Lymfatické uzliny		
Hrudník (obvod, auskultačný nález na srdci a pľúcach)		
Brucho (pečeň, slabiny)		
Dolné končatiny (symetria, pohyblivosť bedrových kĺbov)		

Pulzácie tepien	
Stav semenníkov a vonkajších pohlavných orgánov	

Dátum:

.....
Podpis a pečiatka lekára, ktorý prehliadku vykonal

Zistený záver	
Očkovanie	
6. dávka DiTe	
Preočkovanie Polio	
Forma oboznámenia zákonného zástupcu pacienta so závermi tejto preventívnej prehliadky	
Dátum oboznámenia zákonného zástupcu pacienta so závermi tejto preventívnej prehliadky	

Ak sa objavili nejaké nefyziolog. hodnoty, uveďte kedy a aké kontrolné vyšetrenie plánujete, resp. akú konzultáciu s iným odborníkom a kedy	
Dodatočné zistenia	
Iné	
<p>Informovaný súhlas zákonného zástupcu, opatrovníka, poručníka alebo inej fyzickej osoby ako rodiča, ktorá má maloleté dieťa v osobnej, náhradnej, pestún- skej alebo inej forme starostlivosti v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.</p> <p>Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.</p>	

Dátum:

.....
Podpis pacienta (zodp. zástupcu)

Dátum:

.....
Podpis a pečiatka lekára, ktorý prehliadku vykonal