

## ZPRÁVA LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_ rodné č. \_\_\_\_\_

Adresa bydliště \_\_\_\_\_

**1. Zdravotní postižení Ano/Ne\*** pokud **Ano, vrozené/získané\*** \_\_\_\_\_

Pokud **Ano**, jaké: Řečové vady \_\_\_\_\_

Poruchy komunikace \_\_\_\_\_

Autismus a PAS \_\_\_\_\_

Mentální retardace \_\_\_\_\_

Tělesné aj. somatické \_\_\_\_\_

Zrakové \_\_\_\_\_

Sluchové \_\_\_\_\_

Kombinované \_\_\_\_\_

Jiné \_\_\_\_\_

**2. Charakteristika zdravotního stavu dítěte**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Výskyt zdravotních potíží Ano/Ne\***

Pokud **Ano**, specifikujte

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doporučený postup řešení akutních stavů

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Výskyt záchvatů u dítěte Ano/Ne\***

Pokud **Ano**, jaké - první příznaky, průběh a doporučený způsob řešení krizového stavu

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Výskyt alergií Ano/Ne\***

Pokud **Ano**, na co

\_\_\_\_\_

**6. Užívá dítě trvale léky Ano/Ne\***

Pokud **Ano**, které

\_\_\_\_\_  
Léky, které mají být podávány dítěti ve škole, jejich dávkování, doba a způsob jejich podání

**7. Závažné lékařské zákroky Ano/Ne\***

Pokud **Ano**, které

**8. Zvláštní stravovací režim Ano/Ne\***

Pokud **Ano**, uveďte dietu, omezení jídelníčku, požadavky na stravu, její podávání

**9. Užívá dítě kompenzační pomůcky Ano/Ne\***

Pokud **Ano**, které, způsob používání

**10. Podrobuje se dítě pravidelnému očkování Ano/Ne\***

**11. Další doporučení způsobu péče, upozornění na potřebu zvláštní péče**

**Kontakt na lékaře pro případ potřeby** (jméno a příjmení dět. lékaře, ordinační doba, popř. doba vhodná ke konzultaci, telefon):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\* zakroužkujte jednu z uvedených možností

**Poznámka:**

V případě změny skutečností oproti údajům uvedeným v tomto dotazníku, je povinností zákonných zástupců neprodleně o těchto změnách školu informovat školu a zajistit u lékaře aktualizaci (doplnění) dotazníku.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis a razítko lékaře \_\_\_\_\_