

ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ
ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΜΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΠΡΟΣΟΧΗ

1. Ονοματεπώνυμο παιδιού:
2. Ημερομηνία γέννησης:
3. Εμβόλια (έχουν γίνει κανονικά) ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ΟΧΙ ποια και γιατί:
4. Αλλεργία: ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ τι είδους και σε τι:
5. Αλλεργία σε φάρμακα: ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ σε ποια:
6. Λιποθυμικές κρίσεις: ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ ποιός αιτιολογίας:
7. Πυρετικοί σπασμοί: ΝΑΙ ΟΧΙ
8. Έχει προσβληθεί από κάποια από τις παρακάτω αρρώστιες:
ΙΛΑΡΑ ΕΡΥΘΡΑ
ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ
ΟΣΤΡΑΚΙΑ ΚΟΚΚΥΤΗ
9. Έχει περάσει κάποια άλλη σημαντική αρρώστια:
Εάν ΝΑΙ ποια:
10. Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική θεραπεία:
Εάν ΝΑΙ ποια είναι η αιτία:
11. Άλλες ιδιαιτερότητες του παιδιού:.....
.....
.....

Ημερομηνία: / / 2024

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ονοματεπώνυμο υπογράφοντος: