

.....
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub prywatnej praktyki/

.....
/miejsowość, data/

Imię i nazwisko dziecka

Badania lekarskie

1. Rozwój fizyczny:

- a) wiek fizjologiczny
- b) wysokość ciała
- c) ciężar ciała

2. Aktualnie występujące dolegliwości:

.....
.....
.....

3. Odchylenia od normy stwierdzone badaniami przedmiotowymi:

.....
.....
.....
.....

4. Rozpoznanie:

.....
.....
.....
.....

5. Wskazania

.....
.....
.....
.....

Data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Data wpływu.....podpis przyjmującego.....