

Uwagi:		ZEZ				WIDZENIE BARW	WYNIK			SŁUCH			I miesiączka w wieku	Inne	Strona 4
		Data, podpis	Widoczny	Cover test	Odbicie światła na rogówkach		Data, podpis	UP	UL	Data, podpis	UP	UL			
DATA BADANIA	WIEK BADANEGO (r.-z.+m)	Cm	Centyl	Kg	Centyl	Wynik Centyl	DATA	OP	OL	Data	Skolioza	Kifoza piersiowa	Koślawość kolan	Stopy płasko - koślawe	Podpis pielęgniarki:
Wysokość ciała	Masa ciała	BMI [kg]/[m ²]	Ostrość wzroku	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota	Ciepłota

Imię i nazwisko ucznia:

KARTA ZDROWIA UCZNIĄ

Gabinet Profilaktyki Zdrowotnej i Pomocy Przedlekarskiej VITA MEDIS w:						
Kod świadczeniodawcy: 3122024				(oznaczenie świadczeniodawcy, oznaczenie gabinetu, nazwa szkoły, data utworzenia/wpływu dokumentacji)		
Imię i nazwisko:						
Adres, telefon:						
Data urodzenia:			PESEL:	Płeć: K/M		
_ - -			_ - - - - -			
Zmiany danych: (jeśli wystąpi)						
PROBLEM ZDROWOTNY, SZKOLNY, SPOŁECZNY						
DATA	RODZAJ					
KWALIFIKACJA DO WYCHOWANIA FIZYCZNEGO						
DATA	GRUPA	ZALECENIA				
Strona 1						