

KARTA PACIENTA	Jméno:
Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Kontakty na zákonné zástupce, podpis!	
Uplave bezpečně 100m	
Pravidelné léky	
Zdravotní omezení	
Stravovací omezení	
Alergie (na co a čím se projevuje)	
Výchovné problémy / Noční děsy / Fobie / Doplnění	