

# Prohlášení pro zdravotnice

Jméno dítěte: \_\_\_\_\_

Rok narození: \_\_\_\_\_

Alergie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Léky a jejich dávkování: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Léky při potížích (při dušnosti): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jiná sdělení: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum a podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_