



ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

Jméno a příjmení dítěte Datum narození

Adresa bydliště

.....
.....

Pojišťovna :

Jméno a příjmení zákonného zástupce Telefonní kontakt

1) se podrobilo pravidelným očkováním: ANO – NE

2) je proti nákaze imunní (nepovinná očkování):

.....
.....

3) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

.....
.....

4) je alergické na:

.....
.....

.....

5) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

.....
.....

.....

6) jiná specifika dítěte :

.....
.....

.....

Dne

Podpis zákonného zástupce