

**CENTRUM PEDAGOGICKO – PSYCHOLOGICKÉHO  
PORADENSTVA A PREVENIE**

Komenského 2740, 024 01 Kysucké Nové Mesto, telefón: 041 / 421 21 76, 0908 709 992  
mail: [pppknm@stonline.sk](mailto:pppknm@stonline.sk)

---

**VÝPIS ZO ZDRAVOTNÉHO ZÁZNAMU**

*(vyplní a potvrdí pediater)*

**Údaje sú vysoko dôverné. Za dôvernosť informácií zodpovedá adresát.**

**Meno dieťaťa** ..... Narodené ..... Rodné číslo .....

Bydlisko m: ..... Telefón .....

Bydlisko o: ..... Telefón .....

**Rodičia sú rozvedení:**                      áno – nie                      **Dieťa je v striedavej starostlivosti**                      áno – nie

**Dieťa je zverené do starostlivosti** (komu): .....

**Tehotenstvo:**

Poradie .....

Priebeh predchádzajúcich tehotenstiev matky (potraty, príčiny)

Komplikácie, prekonané choroby matky počas tehotenstva (aj bežné) a lieky, ktoré užívala

**Pôrod:**

Kde: ..... Poloha: .....

Čas: ..... Priebeh: .....

Komplikácie:

Poradie dieťaťa: ..... Pôrodná váha: ..... Dĺžka: .....

**Ranný psychosomatický vývin dieťaťa:**

Vývin motoriky                      sedenie                      státie                      chôdza

Vývin reči: prvé slová                      vety                      poruchy reči

Sociálne správanie dieťaťa

**Vývinové anomálie:****Prekonané choroby:****Priebeh:****Vek:**

Úrazy (hlavy, iné)

Operácie

Kíčče

Bezvedomie

Vysoké teploty

**Výsledky doterajších odborných vyšetrení (pedopsychiater, neurológ, oftalmológ a pod.)****Zdravotný stav a rodové dispozície:**

- zo strany matky
- zo strany otca
- zo strany súrodencov

**Sociálne a ekonomické podmienky rodiny** (bytové a materiálne pomery a prostredie):

Iné významné údaje:

**Súhlasím - nesúhlasím so zverejnením poskytnutých informácií v správe z odborného vyšetrenia.**

Vyplnil: .....

Dátum vyplnenia: .....

.....  
pečiatka a podpis lekára

Meno lekára, adresa, tel. kontakt: .....