**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ / ΝΗΠΙΩΝ**

( συμπληρώνεται από τον/την παιδίατρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ: ……………….……………………………………………………………………………

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: ……………………………………………………………….……………………………...

1. Περιγεννητική κατάσταση: ….....................................................................……….……………...

2.Ψυχοκινητική Ανάπτυξη: ...………………..…………………………………………………………………………….

3. Ομιλία**:** ………………………………………………………………………………………………………………………….

4. Ασθένειες (Σε καταφατικές περιπτώσεις σημειώσατε με Χ το ανάλογο τετράγωνο):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΣΘΕΝΕΙΑ** | **Χ** | **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** | **ΑΣΘΕΝΕΙΑ** | **Χ** | **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** |
| ΙΛΑΡΑ |  |  | ΑΛΛΕΡΓΙΑ & ΕΙΔΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ |  |  |
| ΕΡΥΘΡΑ |  |  | ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΒΡΟΧΙΤΙΣ |  |  |
| ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ |  |  | ΕΠΙΛΗΨΙΑ |  |  |
| ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ |  |  | ΠΥΡΕΤΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ |  |  |
| ΟΣΤΡΑΚΙΑ |  |  | ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΖΥΜΟΥ |  |  |

Άλλα νοσήματα: ….…………………………………………………............................................................

 5.Χειρουργικές επεμβάσεις:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΕΜΒΑΣΗ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** | **ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

6. Παίρνει φάρμακα για χρόνιο νόσημα και ποιά:………………………………..................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

7. Εμβόλια: Φωτοαντίγραφο των σελίδων του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού, με τα σχετικά εμβόλια που έχουν πραγματοποιηθεί με σφραγίδα και υπογραφή του Παιδιάτρου στην αντίστοιχη σειρά δόσης εμβολίου.

Για ειδικές περιπτώσεις η βεβαίωση υγείας, θα συνοδεύεται και από έκθεση του ειδικού γιατρού.

Ο/Η ……………………………………………………………………………..μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Ημερομηνία εξέτασης … / … /20….

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ, ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΙΑΤΡΟΥ)