



Zdravotní dotazník / Health Questionnaire

Dítě / Child:

Jméno pediatra / Pediatrician Name:	
--	--

Adresa pediatra/telefon / Address and phone number of the pediatrician:
--

Prodělané nemoci / Illnesses:	
--	--

Očkování – datum / Vaccinations date:

•	Tetrahib (DPT + HIB):	
•	Engerix (Hep B):	
•	Alergie / Alergie:	
•	Trivivac (MMR):	
•	Obrna (Polio):	
•	Jiné / Others :	

.....

Podpis rodiče