Védőnői Szolgálat Törökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

06-23-222-380, [tbvedonok@gmail.com](mailto:tbvedonok@gmail.com) Kitöltő védőnő:………………………………………………….



***Védőnői lelet***

**2 hónapos korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi

szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáró lszóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

**Gyermek neve:** ..............................................................**Születési ideje:** .........................**TAJ száma:** ...................

**Anyja neve…**……………………………………………………………...

**Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):**....................................................................................................

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg:............. (g) Testtömeg percentilis: ...........

Testhossz: .............. (cm) Testhosszúság percentilis: .....;

BMI percentilis: .....

Fejkörfogat: ........... (cm) Kutacs: ............ (cmxcm) Mellkörfogat:……………(cm)

**EGYÉB MEGJEGYZÉS**: ........................................................................................................................................................................

..................... ............................................................................................................................................................................................

**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házigyermekorvosi/háziorvosi vizsgálat javasolt:**

 igen  nem

Dátum:............. év .......................... hónap ........nap

..............................................

Ph a területi védőnő aláírása

Alapnyilvántartási szám:...........................................

**A védőnői tájékoztató 1 példányátátvettem:**

Dátum:...............év ............................. hónap...........nap

.................................................................

szülő/ gondviselő aláírása