Védőnői Szolgálat Törökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

06-23-222-380, tbvedonok@gmail.com Kitöltő védőnő:………………………………………………….



***Védőnői lelet***

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

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzésétés korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a

szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendele talapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

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

**Anyjaneve…**………………………………………………………………………………………………………………….

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

**TESTI FEJLŐDÉS:**

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

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

BMI percentilis: ............

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

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

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

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

 igen nem

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

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

Ph a területi védőnő aláírása

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

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

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

.

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

szülő/ gondviselő aláírása