Védőnői Szolgálat Törökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

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



***Védőnői lelet***

**2,5 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

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

szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 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) Testhosszúságpercentilis: .........

BMI percentilis: ............ Fogak száma:……………….

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

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

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

**A védőnőiészlelés, vizsgálatalapján, soronkívüliházigyermekorvosi/háziorvosivizsgálatjavasolt:**

 igen nem

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

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

Ph a területi védőnő aláírása

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

**A védőnőitájékoztató 1 példányátátvettem:**

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

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

szülő/ gondviselőaláírása