

EVIDENČNÍ LIST



Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Alergie na léky:

.....

.....

Alergie na potraviny:

.....

.....

Nesnášenlivost

potravin

.....

	ANO	NE
Umí mluvit ve větách?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Řekne si samo na WC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Používá pleny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pouze na spaní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umí se samo obléci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umí se samo obout?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umí se samo najíst a napít?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umí chodit po schodech?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spí po obědě?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je zvyklé na kolektiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bývá často nemocné?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- jaké choroby?		
Je alergické?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívá nějaké léky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- trvale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je vegetarián?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dodržuje speciální dietu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>