

## Csobánka Házi Gyermekorvosi Rendelő

### Regisztrációs kérdőív

A gyermek neve	Születési idő
----------------	---------------

### Előző egészségügyi problémák

életkor		életkor		életkor	
Allergia		Ekcéma		Növekedési eltérések	
Alvási problémák		Fül problémák		Székelési problémák	
Asztma		Gerincferdülés		Szívzörej	
Bárányhimlő		Görcsök. eszméletvesztés		Tanulási problémák	
Beszéd nehézségek		Hallási problémák		Viselkedési zavarok	
Bőr problémák		Húgyúti fertőzések		Más problémák	
Csonttörések		Látási problémák			
Éjszakai bepisülés		Mandulagyulladások			
Műtétek:					
Kórházi kezelések:					

### Családi betegségek

(a rokonsági fok megjelölésével pl. apa,anya,nagyszülők)

<input type="checkbox"/> Alkohol		<input type="checkbox"/> Fiatalkori halál	
<input type="checkbox"/> Allergia		<input type="checkbox"/> Immunbetegség	
<input type="checkbox"/> Asztma		<input type="checkbox"/> Magas koleszterin	
<input type="checkbox"/> Cukorbetegség		<input type="checkbox"/> Magas vérnyomás	
<input type="checkbox"/> Elmebetegség		<input type="checkbox"/> Migrén	
<input type="checkbox"/> Epilepszia		<input type="checkbox"/> Rák	
<input type="checkbox"/> Fejlődési rendellenesség		<input type="checkbox"/> Szívbetegség	
<input type="checkbox"/> Vesebetegségek		<input type="checkbox"/> Más	

-----

-----

Szülő aláírása

Dátum