

Детско или учебно заведение .....  
 Адрес .....

**ЛИЧНА ЗДРАВНО-ПРОФИЛАКТИЧНА КАРТА № .....** , издадена на..... от .....

Име, презиме, фамилия....., ЕГН.....

Дата, година и място на раждане.....

Адрес на детето, ученика..... тел.....

Майка (*име, адрес*)..... тел.....

Месторабота....., сл.тел.....

Баща (*име, адрес*)..... тел.....

Месторабота....., сл.тел.....

Лекар от индивидуалната или групова практика за извънболнична помощ (*име, адрес и телефон*).....

Фамилна обремененост.....

Минали заболявания и функционални смущения и на каква възраст са прекарани.....

Кръвна група..... Rh.....

Непоносимост (алергии) .....

**ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ**

Дата на прегледа и диагноза.....

Къде е лекувано детето, ученика (*лечебно заведение*).....

Резултат от лечението.....

Диспансеризация (*заболяване, диспансерна група, от кого се наблюдава*).....

Необходимост от провеждане на допълнителни мероприятия (физиотерапия, освобождаване от физкултура, включване в групи по лечебна физкултура и др.).....

Проведени имунизации и реимунизации (*по дати*).....

Лекуващ лекар .....

**ПРОВЕДЕНИ ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ**

Проведени профилактични прегледи (*кога, къде, от кого*).....

Антропометрични показатели: ръст....., телесна маса....., обиколки на тялото.....

Физическа дееспособност: мускулна сила на дясна и лява ръка....., гладко бягане.....

скок на дължина....., хвърляне на малка плътна топка....., максимален брой клякания .....

Данни от лекарския преглед.....

Проведени параклинични изследвания.....

Психично развитие.....

Новооткрити остри и хронични заболявания.....

**ВРЕДНИ НАВИЦИ И ПРИСТРАСТЯВАНИЯ**

**ИНДИВИДУАЛНА РАБОТА ЗА ПРЕДОТВРЯТВАНЕТО ИМ, МЕТОДИ И РЕЗУЛТАТИ**

Медицински специалист..... Подпис.....

*/име, презиме, фамилия/*

Телефон.....