



<b>DATUM PREGLEDA</b>	
<b>IME I PREZIME DETETA</b>	
<b>IME OCA</b>	
<b>DATUM ROĐENJA DETETA</b>	
<b>KRVNA GRUPA</b>	
<b>KONTAKT TELEFON</b>	
<b>PERIOD UČESTVOVANJA U KAMPU</b>	

### INDIVIDUALNI ZDRAVSTVENI KARTON

(POPUNJAVA LEKAR)

<b>ISTORIJA BOLESTI:</b>			
<b>PRIMEDBE:</b>			
<b>HRONIČNE BOLESTI</b>			
<b>ZARAZNE BOLESTI</b>			
<b>ALERGIJA</b>			
<b>Lekovi</b>			
<b>HIRUŠKI ZAHVATI</b>			
<b>Posle fizičkog zamora</b> (gubljenje svesti, prekardijalni bol, lako zamaranje)			
<b>CIRKULACIJA</b> (krvni pritisak, palpacija bedrene kosti, šum na srcu)			
<b>OSTALE DIJAGNOZE</b>			
Smatrate da dete može učestvovati u svim letnjim - sportskim aktivnostima (plivanju, košarci, tenisu, odbojci, futbolu) koje se organizuju u kampu <b>KALIVAS A.D.</b> ?			
DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>

Potpis i pečat lekara