

PARTNERSHIP
WITHOUT BORDERS

Co-funded by the European Union

AG 2.1.1. Előszűrő lap állapotfelméréshez
Реєстраційна анкета на первинну консультацію

Gyermek neve: ПІБ дитини:	
Születési idő: Дата народження:	
Cím: Адреса:	
Kapcsolattartó neve: ПІБ контактної особи:	
Telefon/телефон: E-mail:	
Probléma, panasz megfogalmazása a szülő és a pedagógus részéről Проблеми, скарги з боку батьків, педагогів	
Orvosi, státuszvizsgálatok során felmerülő problémák: Проблеми, які виявлені під час проведення медичного огляду:	
Terhesség, szülés, szülés utáni állapotban felmerülő problémák Проблеми під час вагітності, при народженні, після народження	
Jár-e a gyermek rendszeresen: gyermekpszichiátriai, gyermekrehabilitációs, gyermekneurológiai szakrendelésre, részül –e pszichoterápiában vagy más terápiában? Чи відвідує дитина регулярно: дитячого психіатра, реабілітаційного терапевта, дитячого невролога, чи отримує психотерапію або іншу терапію?	
Részül-e a gyermek gyógyszeres terápiában? Чи отримує дитина медикаментозну терапію?	Igen/Tak Nem/Hi
Családban előforduló mentális problémák, neurotikus, pszichiátriai problémák: Психічні проблеми в сім'ї, невротичні, психіатричні проблеми:	
Megjegyzések: Примітки:	

Dátum/Дата:

Aláírás/Підпис

„Health4all! Capacity building in the health care system providing for children with special needs”

HUSKROUA/1702/8.2/0047