

שם: _____ תאריך לידה: _____

אירועים מיוחדים במהלך ההריון (כגון דימום, צירים מוקדמים מדי, ...)

אירועים מיוחדים בשעת הלידה (למשל לידה רוחבית, לידת עכוז, לידה קיסרית, הסתבכות חבל הטבור סביב הצוואר, ...)

מומים אחרים (נא סמן)

| אין בעיות | בעיות פחות בולטות | בעיות בולטות | בעיות מאוד בולטות | |
|-----------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| איני יודע | | | | השינה |
| | | | | הנקה / שתייה |
| | | | | צועק / רגוע |
| | | | | הפרשות |
| | | | | במועד |
| | | | | מוציא רוק |
| | | | | התרגשות יתר |

טיפולים קודמים: לדוגמה, אוסטאופתיה, פיזיותרפיה (מתי?) _____

בעיות בריאות אחרות, תרופות: _____

חיסונים אחרונים: _____

שם הרופא הילדים: _____

האם טופל כאן אצלנו אחד האחים של הילד כן / לא שם הילד _____

תאריך: _____ חתימה: _____