

**WYWIAD RODZINNY:**

**Czy w rodzinie dziecka wystąpił, wystąpiła, występuje:**

- |                       |                              |                              |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Wada serca?        | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. Nagły zgon?        | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 3. Nadciśnienie?      | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 4. Cukrzyca?          | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 5. Choroby stawów?    | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 6. Drgawki, padaczka? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 7. Astma oskrzelowa?  | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 8. Wady wzroku?       | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

Jeśli tak, to kto na co i od kiedy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(data i podpis rodziców)*