



ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ

Όνοματεπώνυμο παιδιού:	
Ημερομηνία γέννησης :	
Χρόνιο νόσημα:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αναλυτικά:
Λαμβάνει χρόνια αγωγή:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αναλυτικά:
Αλλεργίες ή δυσανεξίες σε τροφή, φάρμακα, ουσίες, ή σε άλλο :	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αναλυτικά (ιστορικό αναφυλαξίας, δυσανεξίας, ποιες τροφές ή φάρμακα πρέπει να αποφεύγονται, κλπ):
Ιστορικό σπασμών (οποιασδήποτε αιτιολογίας):	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αναλυτικά:
Ιστορικό καρδιολογικού προβλήματος:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αναλυτικά:
Έλλειψη G6PD:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
Χειρουργικές Επεμβάσεις :	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αναλυτικά:
Ανάπτυξη (λόγος, συμπεριφορά, κίνηση, αυτιστικά στοιχεία, ωριμότητα, άλλα προβλήματα):	Αναλυτικά (σχόλια από την αναπτυξιακή παρακολούθηση οικογενειακού παιδιάτρου, διαγνώσεις, παραπομπές, κλπ):
Εξέταση κατά συστήματα:	
Εμβόλια σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και την ηλικία του παιδιού:	Πλήρως εμβολιασμένο: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Αν όχι, εξηγήστε γιατί:

Ημερομηνία Εξέτασης ____ / ____ / 2025

Ο/Η _____ του _____
μπορεί να φιλοξενηθεί σε βρεφονηπιακό σταθμό.

Ο/Η Παιδίατρος

Στοιχεία Ιατρού (Υπογραφή – Σφραγίδα – Τηλέφωνο Επικοινωνίας)

Για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται φωτοτυπίες από τις αντίστοιχες σελίδες των βιβλιαρίων.