



ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ

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

Ημερομηνία Εξέτασης _____ / _____ / 2026

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.