

# Doplňujúci dotazník k preventívnej lekárskej prehliadke

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

áno

nie

Vypije Vaše dieťa počas dňa menej ako 1,5 l ?

Pije Vaše dieťa večer (približne hodinu pred spaním)?

Pije Vaše dieťa počas noci alebo po uložení do postele?

Pomocuje sa Vaše dieťa v noci (aspoň 2-krát mesačne), prípadne ho musíte v noci budiť, aby ostalo suché?

Všimli ste si u Vášho dieťaťa problém s únikom moču počas dňa (kvapky moču na spodnom prádle, vlhké spodné prádlo)?

Chodí Vaše dieťa močiť menej ako 3-krát za deň?

Chodí Vaše dieťa močiť častejšie ako 8-krát za deň?

Máva Vaše dieťa náhly a nutný pocit na močenie?

Pozorujete u Vášho dieťaťa, že pri močení musí tlačiť (používa brušný sval)?

Všimli ste si u Vášho dieťaťa prerušované močenie?

Prekonal Vaše dieťa zápal močových ciest ?

Má Vaše dieťa stolicu menej ako 4-krát za týždeň?

Pozorujete u Vášho dieťaťa samovoľný únik stolice?

Má Vaše dieťa problém so zaspávaním?

Všimli ste si u Vášho dieťaťa nespokojnosť byť v kolektíve?  
Vyhýba sa mu?

Vyhýba sa Vaše dieťa výletom, kde by malo prenocovať?

Býva Vaše dieťa nepozorné?

Schválila a odporúča



**FERRING**  
PHARMACEUTICALS

FERRING Slovakia s.r.o., Galvaniho 7/D, 821 04 Bratislava  
Tel.: 02/5441 6010  
E-mail: SK0-Recepcia@ferring.com  
MIN\_006\_03/2019 v.1