

## 6 - 10 - 14 dla Zdrowia

Program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży na lata 2017-2020



### WYPEŁNIA LEKARZ/PIELĘGNIARKA

Na podstawie przeprowadzonego badania zalecam udział dziecka w Programie „6-10-14 dla Zdrowia”

imię i nazwisko dziecka	
data urodzenia	
masa ciała	
wysokość ciała	
centyl BMI	

podpis i pieczęć lekarza/pielęgniarki .....

### WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN

Proszę o kontakt w celu umówienia wizyty dziecka w Programie „6-10-14 dla Zdrowia”

imię i nazwisko rodzica/opiekuna	
numer telefonu	

### INSTRUKCJA DLA RODZICA/OPIEKUNA

zrób **zdjęcie tej kartki** i prześlij je **mms-em** pod nr telefonu **795 703 935** lub **mailem** na adres: **dlazdrowia@uck.gda.pl**

#### Miejsce realizacji zadania:

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne  
Aleja Zwycięstwa 30

**DRUK SKIEROWANIA DO POBRANIA ZE STRONY PROGRAMU (ZAKŁADKA DO POBRANIA)**

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne  
ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk,  
tel. 58 340 88 59 | fax. 58 349 15 48 | dlazdrowia@uck.gda.pl  
KRS 0000122150, NIP: 957-07-30-409, REGON: 000288640

Program w całości finansowany ze środków Urzędu Miejskiego w Gdańsku

**UCK** Uniwersyteckie  
Centrum Kliniczne

