

**Stowarzyszenie Pomocy Chorym z Zespołem Turnera  
00-252 Warszawa ul. Podwale 13, lokal 202**

**A N K I E T A  
Dziecka**

Nazwisko i imię dziecka			
Data urodzenia			
Aktualny wzrost		Waga	
Rozpoznanie choroby i schorzeń towarzyszących			
Okres leczenia hormonem wzrostu			
Ostatnia przyjmowana dawka hormonu			
Ośrodek prowadzący leczenie			
Grupa Inwalidzka ; treść orzeczenia KIS			
Czy pobierany jest zasiłek pielęgnacyjny			

**UWAGA!** w przypadku zakupu hormonu dla dziecka wymagamy aktualnego zaświadczenia od lekarza endokrynologa o konieczności leczenia hormonem wzrostu oraz o zalecanej dawce stosowania leku.

**Zaświadczenie ważne jest przez okres 6 miesięcy od daty wystawienia.**

**Dostarczone zaświadczenie jest również niezbędne przy wystąpieniu o pomoc w przygotowaniu prośby o dofinansowanie leczenia do sponsorów.**

Prosimy o informowanie nas na bieżąco o istotnych zmianach w stanie zdrowia dziecka.

.....  
data

.....  
podpis opiekuna prawnego