# DOTAZNÍK PRO DĚTI

**Vážení rodiče,**
**vaše dítě je objednáno na specializované imuno-alergologické vyšetření.**
**Vyplňte, prosím, pečlivě tento dotazník pro zkvalitnění a urychlení rozboru anamnestických údajů při konzultaci s lékařem. Pokud máte pocit, že byste nám chtěli sdělit z vašeho hlediska další důležité informace, napište je, prosím, na druhou stranu dotazníku.**

Jméno a příjmení ……Tel.číslo: ……..
Číslo pojištěnce:……Zdravotní pojišťovna: ……..
Bydliště: ……
Objevily se v rodině (rodiče, sourozenci rodičů, prarodiče)nějaké závažné nemoci? ……..……
……
……
Sourozenci pacienta – počet, věk, nemoci:
…….....
Bylo dítě kojeno? Jak dlouho? ……
Mělo reakci na některé očkování? – uveďte po jakém očkování, přibližně kdy a typ reakce:
……
……
Operace ……
Jaké potíže přivádějí Vaše dítě na naši ambulanci?
……
……
Navštěvujete lékaře Vaše dítě lékaře – specialistu? Uveďte, kde je sledováno a pro jaké onemocnění:
……
……
Uveďte, jaké léky a v jaké dávce nyní užívá:
……
……
Mělo vaše dítě někdy alergickou reakci po lécích, hmyzu, potravinách či jiných látkách?
Název typ reakce doba vzniku (přibližně)
……
……
Užívalo někdy imunomodulační látky nebo vakcíny? – zatrhněte a uveďte kdy:
Bronchovaxom ……Ribomunyl ……Luivac …… jiné ……
Vakcíny, kapky či injekce (pylové, s roztoči, hmyzí, autovakcíny, bakterie, jiné)
……
……
Souhlasím s anonymním zpracováním imunologických výsledků pro publikační činnost.

Datum: …… Podpis zákonného zástupce:

**OTOČTE**

IMMUNIA CENTRUM PREVENCE A LÉČBY ALERGIÍ A PORUCH IMUNITY

## Souhlas se zasíláním lékařských zpráv a výsledků E-mailem

Souhlasím, aby **ambulance IMMUNIA spol. s r.o., Křižíkova 435/109, Praha 8,** zasílala lékařské zprávy, laboratorní výsledky výše uvedeného dítěte na níže uvedený e-mail.
Jsem si vědom/a rizik a beru tímto na vědomí, že jde o nezabezpečenou cestu komunikace s možným únikem osobních a zdravotních dat.
E-mailová adresa: ……..
Heslo pro telefonickou konzultaci: **poslední čtyři čísla rodné čísla dítěte**

**Za tyto administrativní služby, které nejsou hrazeny zdravotním pojištěním, je účtován 1x ročně poplatek 250,- Kč.**

V Praze dne: …… Podpis zákonného zástupce: ……..

## SOUHLAS S ÚHRADOU ZA NEDODRŽENÍ TERMÍNU

Souhlasím a zavazuji se, že omluvím nejméně 24 hodin před objednaným termínem výše uvedené dítě. V případě, že tak neučiním, uhradím při další návštěvě náklady, které vznikly zdravotnickému zařízení při blokování termínu ošetření **ve výši 500 Kč.**

V Praze dne: …..... Podpis zákonného zástupce.....

**OTOČTE**

## SOUHLAS S ÚHRADOU ZA NEDODRŽENÍ TERMÍNU

Souhlasím a zavazuji se, že pokud se neomluvím nejméně 24 hodin před objednaným termínem, uhradím při další návštěvě náklady, které vznikly zdravotnickému zařízení při blokování termínu ošetření ve **výši 500 Kč.**

Jméno pacienta: …….

V Praze dne: …..... Podpis:.....