

## DOTAZNÍK – PRO DOSPĚLÉ PACIENTY

Vážení pacienti,

jste objednáni na specializované imuno-alergologické vyšetření.

Vyplněním dotazníku napomůžete kvalitnějšímu a rychlejšímu 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 ..... Titul ..... Tel.číslo:.....

Číslo pojištění: .....Zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

Objevily se v rodině (rodiče, sourozenci rodičů, prarodiče) nějaké závažné nemoci? .....

.....

Sourozenci pacienta – počet, věk, nemoci:.....

Povolání: .....

Domácí prostředí:

Zvířata: ..... Kouření:.....

Vlhkost (plíseň):.....

Závažné onemocnění v dětství:.....

Operace:.....

.....

U žen – počet porodů, potratů, umělých přerušení těhotenství:

.....

Jaké potíže Vás přivádějí na naši ambulanci?

.....

Navštěvujete lékaře – specialistu? Uveďte, kde jste sledováni a pro jaké onemocnění:

.....

.....

Uveďte jaké léky a v jaké dávce nyní užíváte:

.....

.....

Měli jste někdy alergickou reakci po lécích, hmyzu, potravinách či jiných látkách?

Název ..... typ reakce ..... doba vzniku (přibližně)

.....

.....

Užívali jste někdy imunomodulační látky nebo vakcíny? – zatrhněte a uveďte kdy:

Bronchovaxom .....Ribomunyl .....Luivac .....jiné .....

Vakcíny, kapky či injekce (pylové, s roztoči, hmyzí, autovakcíny, jiné):

.....

Souhlasím s anonymním zpracováním imunologických výsledků pro publikační činnost.

Datum: .....

Podpis: .....

**OTOČTE**

## **Souhlas s elektronickým zasíláním lékařských zpráv a výsledků E-mailem**

Souhlasím, aby **ambulance IMMUNIA spol. s r.o., Křížíkova 435/109, Praha 8**, zasílala moje lékařské zprávy a laboratorní výsledky 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 mého rodné čísla**

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

V Praze dne: .....

Podpis : .....

## **Souhlas s úhradou za nedodržení termínu**

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

V Praze dne: .....

Podpis:.....

**OTOČTE**

