

DOTAZNÍK – PRO DĚTI

Vážení rodiče,

vaše dítě je objednáno 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: Tel. číslo:

Číslo pojištění: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

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

.....

.....

Sourozenci pacienta - počet, věk, nemoci:

.....

Domácí zvířata:

Byly potíže při porodu či v novorozeneckém období?

.....

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 léčích, 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, jiné):

.....

.....

Souhlasím s anonymním zpracováním imunologických výsledků pro publikační činnost.

Datum: Podpis zákonného zástupce:

OTOČTE

Souhlas se zasíláním lékařských zpráv a výsledků e-mailem

Souhlasím, aby **ambulance IMMUNIA spol. s r.o., Thámová 183 /11, Praha 8**, zasílala lékařské zprávy a 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 číslice rodného 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