

DOTAZNÍK – PRO DOSPĚLÉ PACIENTY

Vážení pacienti,

jste objednáni na specializované imuno-alerologické 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 se zasíláním lékařských zpráv a výsledků e-mailem

Souhlasím, aby **ambulance IMMUNIA spol. s r.o., Thámová 183 /11, Praha 8,** zaslala mé 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 číslice mého rodného 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 se omluvím nejméně 24 hodin před objednaným termínem.

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:

OTOČTE