

## DOTAZNÍK – PRO DĚTI

Vážení rodiče,

vaše dítě je objednáno 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: ..... Datum narození:.....

Jméno a adresa dětského lékaře:.....

Domácí prostředí: zvířata: ..... Kouření: .....

Vlhkost (plíseň): .....

Jsou v rodině (rodiče, prarodiče) závažné nemoci – jaké? .....

Sourozenci – počet, věk, nemoci:

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: .....

**OTOČ**

### **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: .....

**OTOČ**