

## 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: .....

Datum narození: .....

Jméno a adresa praktického lékaře: .....

.....

Povolání: .....

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

.....

.....

Domácí prostředí:

Zvířata: ..... Kouření: .....

Vlhkost (plíseň): .....

Závažné onemocnění v dětství: .....

Operace:

.....

U žen – počet porodů, potratů, umělých přerušování 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 léčích, 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: .....

**OTOČ**

### **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: .....

**OTOČ**