

DOTAZNÍK reprodukční imunologie ženy

Immunia s.r.o.

Vážená pacientko,

jsste objednána na specializované imunologické vyšetření.

Vyplňte prosím pečlivě tento dotazník pro zkvalitnění a urychlení rozboru anamnestických údajů při konzultaci s lékařem.

Jméno a příjmení: Titul:

Rodné číslo:

Adresa:

Číslo telefonu:

Zdravotní pojišťovna:

Jméno a adresa praktického lékaře:

Zaměstnání (možný kontakt s toxickými a alergizujícími látkami):

Jaká chronická onemocnění se vyskytují ve vaší rodině?

Vyskytuje se v rodině krvácivé onemocnění?

Vyskytuje se v rodině nesnášenlivost lepku?

Prodělaná onemocnění v dětství:

Operace a úrazy:

Byla jste někdy sledována se štítnou žlázou, s chudokrevností?

Jste sledována odbornou lékařskou ambulancí? Pokud ano, jakou a pro jaké onemocnění?

Užíváte trvale léky? Pokud ano, jaké a v jaké dávce?

Kouříte? Počet porodů: Umělé přerušování těhotenství:

Prodělala jste samovolný potrat? Pokud ano, v kolikátém měsíci?

Podstoupila jste již léčbu neplodnosti? Pokud ano, kdy a kolikrát?

IUI (intrauterinní inseminace):

IVF (in vitro fertilizace – umělé oplodnění):

Souhlasím / nesouhlasím s anonymním zpracováním imunologických výsledků pro publikační činnost.

Po vyšetření v ambulanci MÁM / NEMÁM zájem dále zasílat lékařské zprávy nebo laboratorní výsledky e-mailem na vlastní žádost - **administrativní poplatek za tyto služby je 1x ročně 250 Kč.**

Beru na vědomí, že jde o nezabezpečenou cestu komunikace s možným únikem osobních a zdravotních dat. Heslo pro telefonickou konzultaci: poslední čtyři číslice mého rodného čísla

E-mailová adresa:

Datum:

Podpis: