



Dátum: \_\_\_\_\_

Priezvisko, meno (pacienta): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefónne číslo: \_\_\_\_\_

### **Dotazník pred imuno-alergologickým vyšetrením pre dospelých pacientov**

#### **RA /rodinná anamnéza/ Od akého obdobia? Kto v rodine?**

Alergická nádcha:

Astma bronchiale:

Ekzém:

Ochorenie štítnej žľazy

Cukrovka na liečbe inzulínom:

Nádorové ochorenie:

Neurologické ochorenie:

Iné vážne choroby:

#### **OA /osobná anamnéza/:**

Sledovanie v inej odbornej ambulancii, ak áno v akej, aj liečba:

Častá chorobnosť v nižšom veku:

Aký problém?

Alergie na potraviny – aké?

Alergie na lieky?

Operácie kedy a aké?

Hospitalizácie v nemocnici – kedy a prečo?

Reakcie na očkovanie?

Ekzém:

áno

nie

#### **SA /sociálna anamnéza/**

Kontakt s alergénmi v práci

Bývanie vyhovujúce?

áno

nie

Fajčenie?

áno

nie

Kontakt so zvieratami /pes, mačka alebo iné/:

Koľko ATB za 1 rok?

**Alergické ťažkosti – odkedy?**

počas kvitnutia peľov:	áno	nie
v prachu:	áno	nie

**St'azené dýchanie na hrudníku:**

počas peľov:	áno	nie
v prachu:	áno	nie
pri námahe:	áno	nie
pri chorobe:	áno	nie