GDPR + DOTAZNÍK

pro ordinaci alergologie a klinické imunologie
MUDr. Eva Škvorová, MUDr. Klára Malečková
400 11 Ústí nad Labem, Sienkiewiczova 9,
č.tel. **472 778 748,** email: **alergo-deti@seznam.cz**
www.alergo-deti.cz

Vyplněný dotazník odevzdáte při prvním vyšetření dne:
Vyplňujte, prosím, čitelně - zejména osobní a kontaktní údaje na první straně.
Nemůžete-li se dostavit ve stanoveném termínu, přeobjednejte se, prosím, předem telefonicky.

Údaje pacienta:

Jméno a příjmení: ……

Rodné číslo: …….....

Zdravotní pojišťovna: ……..…….....

Bydliště: …….....

Telefon zákon. zástupce:…….....

E-mail zákon. zástupce: …….....

Jméno dětského praktického lékaře, město…….....

Poskytovatel pacienta/zákon. zástupce poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta.

S jejich zasíláním poskytovatelem na výše uvedený e-mail prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu ☐ souhlasím ☐ nesouhlasím

Informace budou příp. sděleny telefonicky na základě uvedení hesla, které zní: **……**

Poskytovatel výslovně pacienta/zákon. zástupce upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi.
Pacient/zákon. zástupce je oprávněn kdykoliv pokyn k zasílání informací odvolat a to písemnou formou.
Pacient/zákon. zástupce informacím výše rozumí a bere je na vědomí, což stvrzuje svým podpisem.

V Ústí n. L. dne .....

Jméno ..... Podpis ……

Údaje o rodině:

	Jméno a příjmení	rok narození	zaměstnání
Matka	……...…….	…….	…….....
Otec	……....…….	…….	…….....
Sourozenci	……..	..……..	
	……..	……	
	……..	……	
	……..	……	

Onemocnění v rodině (**alergie** - alerg. rýma, astma bronchiale, potravin. alergie, ekzém, kopřivky..., **jiná onemocnění** - migrény, autoimunitní nemoci včetně celiakie, nemoci plic, srdce, cév...):

Matka …….....…..
Otec …….....……
Sourozenci …….....….
…….....….
Prarodiče …….....…..

Prostředí, ve kterém bydlíte (čisté, prašné, u továrny): ……..
Bydlíte v panel. domě, starší zástavbě, rod. domku:……
Byt je suchý, vlhký, s plísní:…….
Postel dítěte (materiál matrace, lůžkovin, peří?) …….
Podlahová krytina pokojík/ zbytek bytu: ……....
Zvířata v bytě: ……..
u domku: …….....
u prarodičů:…….. .....
Rodiče kuřáci: …… Kouření v domácnosti: ……..
Květiny v bytě (hodně, kvetoucí): …… .....

Údaje o dítěti:

Porodní hmotnost ……
Komplikace při a po porodu: .....…….
Novorozenecká žloutenka..... fototerapie.....
Zhojení pupku - dobré/ dlouhé, hnisání.....…….

Kojení....., jak dlouho.....,
jak snášelo dítě přechod na umělé mléko: .....…….
Reakce na příkrmy.....……

Je řádně **očkováno**..... , reakce na očkování:.....……

Je Vaše dítě **sledované v jiné odborné poradně** - léčí se se srdcem, ledvinami, štítnou žlázou
apod.: …….....……..……
…….....……..
…….....…….

Užívá trvale nějaké **léky:**.....……..

Alergie na potraviny (za jak dlouho po dané potravině, projevy - vyrážky, kopřivky, zhoršení ekzému, otoky, dušnost, bolesti břicha, průjem..., ev. léčba):
.....…….
.....…….
…….……

Alergie na léky (kdy, po jakém léku, za jak dlouho po užití, jak se projevila):
……

Reakce na **bodnutí hmyzem** (jaký hmyz, popište reakci):
……

Mělo dítě někdy **ekzém** /od kdy, na kterých místech, jak byl léčen/:
.....……..
.....……..
.....……..

Chodilo Vaše dítě do jeslí, MŠ, od kdy: .....
Bylo Vaše dítě **nemocné** již před nástupem do kolektivu /jaké nemoci prodělalo/:
…….....……..…
…….....

Jaké nemoci dítě prodělalo po nástupu do kolektivu
(ev. bylo dítě vyřazeno z kolektivu pro vysokou nemocnost):
…….....…
……..
.....……..
Jaké nemoci prodělalo Vaše dítě ve školním věku:
.....…….
.....…….
…….

Bylo někdy v nemocnici, ozdravovně, lázních (s čím, kdy):
…….....……..……
…….....……

Rýma - má Vaše dítě rýmu často nebo trvale .....
- výtok z nosu je řídký nebo hustý ……....
- udává často pocit ucpaného nosu ……....

- ve kterém ročním období je rýma nejhorší .....
- pokud je rýma na jaře a v létě, je doprovázena záněty spojivek a otoky víček.....

- má vyndané nosní nebo krční mandle, kdy ……....

Trpí častými anginami, jak často.....
Trpí častými záněty středního ucha, jak často.....

Kašel - trpí dítě častými záněty horních cest dýchacích, nosohltanu, laryngitidami - jak často:
……
- zápaly plic, potvrzené rtg. vyš., jak často …….
- záněty průdušek, jak často …….
- je zánět průdušek doprovázen horečkou .....
- dušností…….....
- jak dlouho trvá onemocnění …….....
- musí dostat antibiotika - vždy, občas ……
- přetrvává kašel dlouhodobě nebo kašle trvale ……..
- kašel je suchý, dráždivý, štěkavý, se sípáním nebo pískoty, nebo vykašlává hleny ……
…….
- kašle více ve dne nebo v noci ……...
- rozkašlává se při zátěži, pláči, smíchu .....

Mívá Vaše dítě **záchvaty dušnosti** / astmatické záchvaty /
- kdy poprvé .....
- jak často .....
- více ve dne nebo v noci .....
- po námaze .....
- je vázán na rýmu, kašel, horečku .....
- je závislost na ročním období .....
- ustoupí záchvat bez léčby nebo podání léku, jakého .....

Ve kterém ročním období je nemocnost nejvyšší.....…
Mívá Vaše dítě někdy otoky např. obličeje nebo jiných částí těla, nebo i vyrážky nejasného původu, časté afty v ústech, opary .....…
.....……..

Mimoškolní činnost – sport, kroužky ……...
……

Jiná sdělení rodičů: .....……..
....
....
....
....
....
....…

Děkujeme za vyplnění dotazníku!