Obrazec 4

Vodenje bolnika na SLIT

Ime in priimek bolnika _____
Datum rojstva _____
Naslov bolnika _____
Telefonska številka bolnika_____

alergen _____,
jakost _____,
število pakiranj _____,
proizvajalec_____,
datum začetka_____.

Ime in priimek specialista alergologa, ki vodi imunoterapijo_____

Datum	Telefon / obisk	Izvid pregleda / posveta	Podpis zdravnika / medicinske sestre