

Obrazec 2

Obrazec za vodenje bolnika na sublingvalni imunoterapiji

Ime in priimek bolnika _____

Datum rojstva _____

Naslov bolnika _____

Telefonska številka bolnika _____

Ime in priimek specialista alergologa, ki bo vodil imunoterapijo

_____ Zaporedna št. v registru : _____

Ime in priimek bolnikovega osebnega zdravnika

_____ Zaporedna št. v registru : _____

Bolnik seznanjen z načinom zdravljenja in možnimi zapleti: dne _____

Podpis bolnika _____,

Podpis zdravnika _____,

Bolnik je prejel sledeče priloge:

- navodila o shranjevanju in aplikaciji alergena
- predpisana shema z datumom pričetka in datumi rednega kontakta z bolnikom
- opis vseh možnih zapletov, ustreznih ukrepov in kontaktnih telefonskih števil v takih primerih
- opis vseh stanj, ki absolutno izključujejo aplikacijo alergena
- po en izvod bolniku, po en izvod v njegov karton