

## 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