



PROTOKOL o aplikaci léčebného alergenu

Pacient(tka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

ALERGEN:

Datum aplikace	Použitá konc.	Dávka v ml	Jmenovka + podpis sestry	Časná reakce	Poznámky

.....
Jmenovka + podpis lékaře