

Klinika chorob kožních a pohlavních

verze č. 1, str. 1/1

Fyzikální kožní testy

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

CHLADOVÝ TEST	reakce po 30 minutách:
TEPELNÝ TEST	reakce po 30 minutách:
ZÁTĚŽOVÝ TEST	reakce po 30 minutách:
TLAKOVÝ TEST	reakce po 30 minutách:

Datum provedení:	Razítko a podpis sestry:
------------------	--------------------------

Klinika chorob kožních a pohlavních

verze č. 1, str. 1/1

Fyzikální kožní testy

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

CHLADOVÝ TEST	reakce po 30 minutách:
TEPELNÝ TEST	reakce po 30 minutách:
ZÁTĚŽOVÝ TEST	reakce po 30 minutách:
TLAKOVÝ TEST	reakce po 30 minutách:

Datum provedení:	Razítko a podpis sestry:
------------------	--------------------------