

## Adatlap

Név: .....

Születési dátum: .....év.....hónap.....nap

TAJ-szám: .....

Ha van, akkor a **közgyógyellátási** igazolvány száma, kiállítási és lejáratási dátuma:

Állandó lakcím:.....

Postázási cím: (Csak akkor töltsse ki, ha nem kér E-receptet és postán kéri a receptet).....

Telefonszám:.....

Ha **egészségpénztári** számlát kér, annak adatai:.....

Vizsgáltam-e már korábban, volt-e nálam: igen    nem    (húzza alá)

**Bőrbetegségéről kérem röviden, pontosan írjon:**

1. Mikor és hogyan kezdődtek a panaszai, terjed, romlik-e vagy nem?.....  
.....  
.....
2. Milyen panaszok vannak (viszketés, égő érzés, fájdalom stb.)?.....  
.....  
.....
3. Testtájék szerint hol helyezkednek el a kiütései?.....  
.....
4. Volt-e régebben hasonló panasza?.....  
.....
5. Másnak van-e hasonló tünete a családban?.....
6. Szedett-e vagy szed-e jelenleg gyógyszert?.....milyet?.....
7. Van-e ismert allergiája?.....milyen?.....
8. Ön szerint mi okozhatja a tüneteit?.....  
.....
9. Kezelte-e valamivel?.....
10. Kismama vagy esetleg szoptat-e?.....
11. Egyéb kiegészítés:.....  
.....

