#

# טופס קביעת תור למרפאת אלרגיה

# מר/גברת שלום רב,

**הנך מוזמן לביקור במרפאה לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית לד"ר מיגל שטיין**

**בתאריך \_\_\_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_\_\_\_ בשעה \_\_\_\_\_\_\_**

**המרפאה נמצאת באזור בניין מרפאות חוץ וטיפולי יום / היחידה לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית.**

אם הנך נוטל/ת תרופות נגד אלרגיה:

אנא המנע מלקיחת אנטיהיסטמינים (כל תרופה אנטי-אלרגיות) 7 ימים לפני הביקור במרפאה. **לקיחת אנטיהיסטמינים אינה מאפשרת ביצוע תבחיני עור (טסטים) לבירור אלרגיה.**

*להלן רשימת תרופות שיש להפסיק לדוגמה: אהיסטון, פניסטיל, נוסידקס, קולדקס, אוטרקס, פרופיטן, פנרגן, לורסטין, אלרגיקס, זילרגי, היסטזין, קלרינז, טלפסט, מיזולן, אריוס, דקסמול קולד, דקסמול לילה, דקסמול סינוס, סירופ לשיעול וכו'.*

***משאפים לאף ולפה וטיפות עיניים יש להמשיך כרגיל***

הנך מתבקש לדייק ולהקפיד ולהגיע בזמן לשעת הביקור שנקבעה לך למרות שיתכנו עיכובים. יש להודיע על ביטול 3 ימים מראש. במידה ולא לא נוכל להבטיח תור במועד קרוב.

***נא להביא לבדיקה****:*

1. תעודה מזהה והזמנה זו.

2. מכתב הפניה מהרופא המטפל הכולל עדכון מצב רפואי תרופות ובדיקות מעבדה.

**3**. התחייבות עבור בדיקת רופא (קוד\_\_\_\_\_\_\_).

4. במידה ותצטרך לבצע תבחיני עור (טסטים) תתבקש להביא התחייבות עבור הטסטים (קוד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

5. אם הנך מטופל באימונוטרפיה (זריקות חיסונים) תתבקש התחייבות עבור הזריקות לאימונוטרפיה (קוד \_\_\_\_\_\_).

 **בברכה ,**

 צוות מרפאת אלרגיה ואימונולוגיה קלינית

 זימון תורים 03-5028111 / 8474

 טלפון למזכירה 03-5028374

 פקס: 03-5028375