המרכז הרפואי
בני ציון
BNAI ZION
Medical Center
מכון לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית
Division of Allergy and Clinical Immunology

עיריית חיפה, משרד הבריאות
הפקולטה לרפואה, הטכניון
Faculty of Medicine, Technion

טופס רישום לתוכנית לטיפול באלרגיה למזון

תאריך ____________ שם משפחה ________________

הננו מעוניינים לרשום את :

שם (הילד/ה) __________________ ת.ז ________________

לטיפול באלרגיה למזון.

תאריך לידה ______________ קופ״ח ________________

☐ זכר
☐ נקבה

סובל מאלרגיה ל : חלב ☐ ביצה ☐ בוטנים ☐ שומשום ☐ אגוזים

מבקש/ת להתחיל טיפול ב : חלב ☐ ביצה ☐ בוטנים ☐ שומשום ☐ אגוזים

אגוזים לפרט : לוז/ מלך/ קשיו/ פיסטוק / פקאן

האם סובל מאסטמה כן ☐ לא ☐ לא ידוע ☐

האם מקבל טיפול קבוע לאסטמה כן ☐ לא ☐

פירוט טיפול לאסטמה ___________________

טלפונים : האם ___________________ האב ____________________

דוא״ל : ____________________ כתובת ____________________

חתימת האם ____________________

חתימת האב ____________________

יש למלא את הטופס ולשלוח חזרה לפקס מס׳ 04-8359041 או 15348359039
או למייל allergy-bz@b-zion.org.il.

לבירורים ניתן לפנות טלפון המכון : 04-8359039.