Meno: Rodné číslo:

Telefón: Mail:

Odoslanie:

 (otorynolaryngeológ, imunoalergoóg, pediater, obvodný lekár, gastroenterológ, sám ......)

Ktoré z nasledujúcich symptómov sa u Vás/ dieťaťa v posledných mesiacoch vyskytujú?

Vracanie(okrem virózy) vôbec zriedka občas často nevie udať

Návrat potravy do úst/kyslá chuť v ústach vôbec zriedka občas často nevie udať

Pocit pálenia alebo bolesti v strede hrudníka vôbec zriedka občas často nevie udať

Pocit cudzieho telesa v krku vôbec zriedka občas často nevie udať

Ťažkosti s prehĺtaním vôbec zriedka občas často nevie udať

Zápach z úst vôbec zriedka občas často nevie udať

Grganie vôbec zriedka občas často nevie udať

Afty v dutine ústnej/ ústne kútiky vôbec zriedka občas často nevie udať

Nadmerná tvorba hlienov v nose/krku vôbec zriedka občas často nevie udať

Vlhký kašeľ/potreba odkašľať hlien vôbec zriedka občas často nevie udať

Zachrípnutý hlas vôbec zriedka občas často nevie udať

Hvízdanie na prieduškách vôbec zriedka občas často nevie udať

Kašeľ po jedle / po zaľahnutí vôbec zriedka občas často nevie udať

Chronické pokašliavanie vôbec zriedka občas často nevie udať

Náhly záchvatovitý kašeľ vôbec zriedka občas často nevie udať

Iné príznaky:

Prekonali ste/Vaše dieťa opakovane ? koĺko x ?

Laryngitídu (zápal hrtana) otitídu (zápal str. ucha) sinusitídu (zápal prínosových dutín)

Faryngitídu ( zápal hrdla) bronchitídu (zápal priedušiek) pneumóniu (zápal pľúc)

Podstúpili ste/ dieťa niekedy vyšetrenie 24hodinovou pH metriou? Alebo PepTestom?

Iné vyšetrenia na gastroezofágový reflux? :

Ochorenia na ktoré sa liečite:

Aké beriete lieky?: