

Медицина анкета/Опросник - Zdravotní dotazník

Ім'я, фамілія (*Jméno, příjmení pacienta*):

Дата народження (*Datum narození*):

Номер застрахованного в ČR (*Číslo pojištěnce v ČR*):

Постійне місце проживання (*Trvalé bydliště*):

Тимчасове місце проживання/адреса перебування на території ČR (*Přechodné bydliště/adresa pobytu na území ČR*)

Номер контактного телефону (*Kontakt telefon*):

1. Чи Были у Вас чи в сім'ї наступні захворювання -якщо так, вкажіть у кого саме (*Vyskytuje nebo vyskytoval se ve Vaší rodině*):

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|
| ➤ високий тиск (<i>vyšoký tlak</i>) | <input type="checkbox"/> TAK/ANO | <input type="checkbox"/> HI/NE |
| ➤ цукровий діабет (<i>cukrovka</i>) | <input type="checkbox"/> TAK/ANO | <input type="checkbox"/> HI/NE |
| ➤ захворювання серця (<i>onemocnění srdce</i>) | <input type="checkbox"/> TAK/ANO | <input type="checkbox"/> HI/NE |
| ➤ рак (<i>rakovina</i>) | <input type="checkbox"/> TAK/ANO | <input type="checkbox"/> HI/NE |
| ➤ астма (<i>průduškové astma</i>) | <input type="checkbox"/> TAK/ANO | <input type="checkbox"/> HI/NE |
| ➤ епілепсія (<i>epilepsie</i>) | <input type="checkbox"/> TAK/ANO | <input type="checkbox"/> HI/NE |
| ➤ алергія (<i>alergie</i>) | <input type="checkbox"/> TAK/ANO | <input type="checkbox"/> HI/NE |
| ➤ психічне захворювання (<i>duševní onemocnění</i>) | <input type="checkbox"/> TAK/ANO | <input type="checkbox"/> HI/NE |
| ➤ ожиріння (<i>obezita</i>) | <input type="checkbox"/> TAK/ANO | <input type="checkbox"/> HI/NE |

2. Чи маєте алергію/Якщо ТАК, напишіть на що. (*Trpíte alergií/jakou.*)

☐ TAK/ANO ☐ HI/NE

3. Курите/Якщо так, напишіть скільки за день. (*Jste kuřák.*)

☐ TAK/ANO ☐ HI/NE

4. П'єте алкоголь. (*Pijete alkohol*)

☐ TAK/ANO ☐ Зрідка/Příležitostně ☐ HI/NE

5. Чи були у Вас операції - Якщо ТАК, напишіть які та коли. (*Prodělal/a jste nějakou operaci.*)

☐ TAK/ANO ☐ HI/NE

6. Чи були у Вас урази - Якщо так, напишіть які та коли. (*Prodělal/a jste vážný úraz.*)

☐ TAK/ANO ☐ HI/NE

7. Чи були у Вас колись переливання крові. (Dostal/a jste někdy transfuzi.)

- ☐ TAK/ANO ☐ HI/NE

8. Відзначте хвороби, перенесені у минулому. (Zaškrtněte prodělaná onemocnění v minulosti.)

- ☐ Туберкульоз (*tuberkulóza*)
☐ Вірусний гепатит А, В, С (*virová hepatitida A,B,C*)
☐ Дитячі хвороби - кір, епідемічний паротит, краснуха, дифтерія, кашлюк.
(*Dětské nemoci - spalničky, příušnice, zarděnky, záškrť, černý kašel*)
☐ Пращець (*tetanus*)
☐ ВІЛ/СНІД (*HIV+/AIDS*)
☐ Сифіліс (*Syphilis*)

9. Чи є на даний час у вас симптоми, вказані нижче – Позначте. (Máte v současné době nějaký z níže uvedených příznaků – zaškrtněte.)

- ☐ температура (*teplota*)
☐ кашель (*kašel*)
☐ діарея (*příjem*)
☐ біль у животі (*bolesti břicha*)
☐ головний біль (*bolesti hlavy*)
☐ біль у грудях (*bolest na prsou*)
☐ висипка (*vyrážka*)
☐ проблеми із диханням (*nemohu dýchat*)
☐ труднощі із ходьбою (*mám potíže s chůzí*)
☐ розлади свідомості (*mám poruchy vědomí*)
☐ розлади зору (*mám poruchy vidění*)
☐ судоми та інші приступи (*mám křeče a jiné záchvatovité stavy*)
☐ Я сильно потію (*hodně se potím*)
☐ наявність комах-паразитів -воші, блохи, вусні кліщі (*zahmyzení - vši, blechy, svrab*)
☐ інше (*jiné*)
.....

10. Чи лікуєтеся Ви від будь-якої хвороби, що вимагає негайної допомоги? (Léčíte se s některou z následujících nemocí, která vyžaduje akutní pomoc?)

- ☐ Цукровий діабет (*Cukrovka*)
☐ Високий тиск (*Vysoký tlak*)
☐ Захворювання серця (*Onemocnění srdce*)
☐ Захворювання легенів (*Onemocnění plic*)
☐ Захворювання печінки (*Onemocnění ledvin*)
☐ Неврологічні захворювання (*Neurologické onemocnění*)

- ☐ Захворювання шлунково-кишкового тракту (*Nemoci zažívacího traktu*)
☐ Бolestи крови и иммунитета (*Nemoci krve a imunity*)
☐ Онкологічні захворювання (*Nádorové onemocnění*)
☐ Інше (*Jiné*)
.....

11. Приймаєте леки (якщо так, напишіть дозу, скільки мг та скільки в день)
(*Užíváte nějaké léky*)

- ☐ TAK/ANO
☐ HI/NE

12. Чи були Ви у контакті протягом останніх 21 днів з особою, у якої було підтверджено гостре інфекційне захворювання? (Позначте та напишіть, про яку хворобу йшлося- кір, паротит, краснуха, кашлюк, туберкульоз тощо). (Byl/a jste kontaktu v posledních 21 dnech s osobou, u které bylo potvrzeno akutní infekční onemocnění - zaškrtněte a vypište, o jaké onemocnění se jednalo-spalničky, příušnice, zarděnky, černý kašel, tuberkulóza).

- ☐ TAK/ANO
☐ HI/NE

13. Чи було у Вас протягом останніх 21 днів підтверджено гостре інфекційне захворювання - заповніть, про які хвороби йшлося /вірусний гепатит А, В, С, кір, паротит, краснуха, кашлюк, туберкульоз тощо. (Byl/a u Vás v posledních 21 dnech potvrzeno akutní infekční onemocnění /vypište o jaké onemocnění se jednalo - Virová hepatitida A, B, C, spalničky, příušnice, zarděnky, černý kašel, tuberkulóza)

- ☐ TAK/ANO
☐ HI/NE

14. Чи хворіли Ви протягом останніх 6 місяців на хворобу covid-19?
(*Proděl/a jste v posledních 6 měsících onemocnění covid-19.*)

- ☐ TAK/ANO ☐ HI/NE

15. Якщо Ви жінка, чи вагітні Ви (*Ženy – těhotenství*)

- ☐ TAK+ триместр /ANO + trimestr
☐ HI/NE

Дата (*Datum*):

Підпис (*Podpis*):