

Виповніть анкету у випадку якщо потребуєте медичний або лікарський огляд

(Vyplňte v případě, že vyžaduje Váš stav vyšetření ve zdravotnickém zařízení)

Zdravotní dotazník pro dospělé (18+)

Анкета здоров'я дорослих (18+)

I. Základní informace - Основна інформація

Jméno / Ім'я:

Příjmení / Прізвище:

Datum narození / Дата народження:

Číslo pojištění v ČR / Номер страхувальника в Чехії:

Kontakt telefon / Контактний телефон:

Zdravotnická profese / Лікарська професія ☐ TAK ☐ NI

- | | |
|--|-------------------------------|
| ☐ Lékař (uvedte specializaci) | Лікар (вказати спеціалізацію) |
| ☐ Zdravotní sestra | Медсестра |
| ☐ Jiný zdravotnický pracovník | Інший медичний працівник |

II. Zdravotní stav - Стан здоров'я

A. Osobní anamnéza - Особиста історія

Zaškrtněte prodělaná onemocnění v minulosti / Позначте перенесені хвороби:

- | | |
|---|---|
| ☐ Tuberkulóza | Туберкульоз |
| ☐ Virová hepatitida A,B,C | Вірусні гепатити А, В, С |
| ☐ Dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel, Neštovice) | Дитячі захворювання (кір, паротит, краснуха, дифтерія, кашель, віспа) |
| ☐ Tetanus | Правець |

Alergie na léky / Алергія на ліки: ☐ TAK ☐ NI

Máte v současné době nějaký z níže uvedených příznaků? (zaškrtněte)

Чи є у вас наразі якісь із наведених нижче симптомів? (перевірте)

- | | |
|---|---------------|
| ☐ teplota | температура |
| ☐ kašel | кашель |
| ☐ průjem | діарея |
| ☐ bolesti břicha | біль у животі |
| ☐ bolesti hlavy | головні болі |

- | | |
|--|------------------------------|
| ☐ bolest na prsou | біль у грудях |
| ☐ vyrážka | висип |
| ☐ nemohu dýchat | не можу дихати |
| ☐ mám potíže s chůzí | мені важко ходити |
| ☐ mám poruchy vědomí | у мене порушення свідомості |
| ☐ mám poruchy vidění | у мене проблеми із зором |
| ☐ mám křeče a jiné záchvatovité stavy | у мене судоми та інші судоми |
| ☐ zahmyzení (vši, blechy, svrab) | воші, блохи, короста |
| ☐ jiné | інше |

Byl/a jste kontaktu v posledních 21 dnech s osobou, u které bylo potvrzeno akutní infekční onemocnění (zaškrtněte a vyplňte o jaké onemocnění se jednalo)

Чи були ви в контакті з людиною з гострим інфекційним захворюванням протягом останніх 21 дня (позначте і перерахуйте хворобу)

☐ TAK ☐ NI

- | | |
|---|---|
| ☐ Tuberkulóza | Туберкульоз |
| ☐ Virová hepatitida A,B,C | Вірусні гепатити А, В, С |
| ☐ Dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel, Neštovice) | Дитячі захворювання (кір, паротит, краснуха, дифтерія, кашель, віспа) |
| ☐ Tetanus | Правець |

Byl/a u v posledních 21 dnech potvrzeno akutní infekční onemocnění (zaškrtněte a vyplňte o jaké onemocnění se jednalo)

Гостра інфекційна хвороба яка була підтверджена за останні 21 день (позначте галочкою та вкажіть, що це було за захворювання)

☐ TAK ☐ NI

- | | |
|---|---|
| ☐ Tuberkulóza | Туберкульоз |
| ☐ Virová hepatitida A,B,C | Вірусні гепатити А, В, С |
| ☐ Dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel, Neštovice) | Дитячі захворювання (кір, паротит, краснуха, дифтерія, кашель, віспа) |
| ☐ Tetanus | Правець |

B. Očkování / Щеплення

Byl/a jste očkován/a proti následujícím onemocněním

Вам зробили щеплення від наступних захворювань

- | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Spalničky / Кір | ☐ TAK | ☐ NI |
| Zarděnky / Краснуха | ☐ TAK | ☐ NI |
| Příušnice / Свинка | ☐ TAK | ☐ NI |
| Záškrt / Дифтерія | ☐ TAK | ☐ NI |
| Tetanus / Правець | ☐ TAK | ☐ NI |

Černý kašel / Коклюш	☐ TAK	☐ NI
Neštovice / віспа	☐ TAK	☐ NI
Přenosná dětská obrna Портативний поліомієліт	☐ TAK	☐ NI
Virová hepatitida A Вірусний гепатит А	☐ TAK	☐ NI
Virová hepatitida B Вірусний гепатит В	☐ TAK	☐ NI
Tuberkulóza Туберкульоз	☐ TAK	☐ NI

C. Léčíte se s některou z následujících nemocí, která vyžaduje akutní pomoc?

Ви лікуєтеся з приводу будь-якого з наведених нижче станів, які потребують невідкладної допомоги?

☐ Cukrovka	Цукровий діабет
☐ Vysoký krevní tlak	Гіпертонія
☐ Onemocnění srdce	Хвороба серця
☐ Onemocnění plic	Захворювання легенів
☐ Onemocnění ledvin	Хвороба ледве
☐ Neurologické onemocnění	Неврологічні захворювання
☐ Nemoci zažívacího traktu	Захворювання травного тракту
☐ Nádorové onemocnění	Рак
☐ Jiné	Інший

Máte dostatek léků pro léčbu svého onemocnění (na min. 7 dní)?

Чи достатньо у вас ліків для лікування захворювання (принаймні на 7 днів)? ☐ TAK ☐ NI

Potřebujete nějaký lék akutně?

Вам гостро потрібні якісь ліки? ☐ TAK ☐ NI

Používáte zdravotnické pomůcky?

Ви використовуєте медичні прилади? ☐ TAK ☐ NI

Potřebujete předepsat zdravotnické pomůcky?

Чи потрібно виписувати медичні прилади? ☐ TAK ☐ NI

Jste těhotná?

Ви вагітна? ☐ TAK + тиждень вагітност ☐ NI

D. Covid-19

Proděl/a jste v posledních 6 měsících onemocnění covid-19

Ви хворіли на COVID-19 протягом останніх 6 місяців

☐ TAK

☐ NĚ

Byl/a jste proti onemocnění covid-19 očkovan/a

Ви зробили щеплення від covid-19

☐ TAK

☐ NĚ

Typ vakcíny:

Тип вакцини:

Chcete být očkovan proti covid-19?

Ви хочете зробити щеплення від covid-19?

☐ TAK

☐ NĚ

Datum:

Дата:

Podpis:

Підпис: