**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+)**

1. **Základní informace - Основна інформація**

**Jméno / Ім'я:**

**Příjmení /­­­­­­­­­­­­­­­­­ Прізвище: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**Datum narození /** **Дата народження:**

**Číslo pojištěnce v ČR / Номер страхувальника в Чехії:**

**Kontakt telefon / Контактний телефон:**

**Zdravotnická profese / Лікарська професія 🞎 TAK 🞎 НI**

* **Lékař (uveďte specializaci) Лікар (вказати спеціалізацію)**
* **Zdravotní sestra Медсестра**
* **Jiný zdravotnický pracovník Інший медичний працівник**

**II. Zdravotní stav - Стан здоров'я**

1. **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: 🞎 ТАК 🞎 НI**

**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 vypište o jaké onemocnění se jednalo)**

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

**🞎 ТАК 🞎 НI**

* **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 vypište o jaké onemocnění se jednalo)**

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

**🞎 ТАК 🞎 НI**

* **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**

1. **Očkování / Щеплення**

**Byl/a jste očkován/a proti následujícím onemocněním   
Вам зробили щеплення від наступних захворювань**

**Spalničky / Кір 🞎 TAK 🞎 НI   
Zarděnky / Kраснуха 🞎 TAK 🞎 НI   
Příušnice / Свинка 🞎 TAK 🞎 НI   
Záškrt / Dифтерія 🞎 TAK 🞎 НI  
Tetanus / Правець 🞎 TAK 🞎 НI  
Černý kašel / Коклюш 🞎 TAK 🞎 НI****Neštovice / віспа 🞎 TAK 🞎 НI**

**Přenosná dětská obrna 🞎 TAK 🞎 НI  
Портативний поліомієліт**

**Virová hepatitida A 🞎 TAK 🞎 НI  
Вірусний гепатит А**

**Virová hepatitida B 🞎 TAK 🞎 НI  
Вірусний гепатит В**

**Tuberkulóza 🞎 TAK 🞎 НI  
Туберкульоз**

1. **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 🞎 НI**

**Potřebujete nějaký lék akutně?   
Вам гостро потрібні якісь ліки? 🞎 TAK 🞎 НI**

**Používáte zdravotnické pomůcky?**

**Ви використовуєте медичні прилади? 🞎 TAK 🞎 НI**

**Potřebujete předepsat zdravotnické pomůcky?   
Чи потрібно виписувати медичні прилади? 🞎 TAK 🞎 НI**

**Jste těhotná?**

**Ви вагітні? 🞎 TAK + тиждень вагітност 🞎 НI**

1. **Covid-19**

**Proděl/a jste v posledních 6 měsících onemocnění covid-19   
Ви хворіли на COVID-19 протягом останніх 6 місяців 🞎 TAK 🞎 НI**

**Byl/a jste proti onemocnění covid-19 očkován/a   
Ви зробили щеплення від covid-19 🞎 TAK 🞎 НI**

**Typ vakcíny:   
Тип вакцини:**

**Chcete být očkován proti covid-19?   
Ви хочете зробити щеплення від covid-19? 🞎 TAK 🞎 НI**

**Datum:   
Дата:**

**Podpis:  
Підпис:**