

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 pojištěnce v ČR / Номер страхувальника в Чехії:

Kontakt telefon / Контактний телефон:

Zdravotnická profese / Лікарська професія TAK NI

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lékař (uveďte specializaci) | Лікар (вказати спеціалізацію) |
| <input type="checkbox"/> Zdravotní sestra | Медсестра |
| <input type="checkbox"/> 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:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulóza | Туберкульоз |
| <input type="checkbox"/> Virová hepatitida A,B,C | Вірусні гепатити А, В, С |
| <input type="checkbox"/> Dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel, Neštovice) | Дитячі захворювання (кір, паротит, краснуха, дифтерія, кашель, віспа) |
| <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> teplota | температура |
| <input type="checkbox"/> kašel | кашель |
| <input type="checkbox"/> průjem | діарея |
| <input type="checkbox"/> bolesti břicha | біль у животі |
| <input type="checkbox"/> bolesti hlavy | головні болі |

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

- TAK NI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulóza | Туберкульоз |
| <input type="checkbox"/> Virová hepatitida A,B,C | Вірусні гепатити А, В, С |
| <input type="checkbox"/> Dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel, Neštovice) | Дитячі захворювання (кір, паротит, краснуха, дифтерія, кашель, віспа) |
| <input type="checkbox"/> 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)

- TAK NI

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

V. Očkování / Щеплення

Byl/a jste očkovan/a proti následujícím onemocněním

Вам зробили щеплення від наступних захворювань

- | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Spalničky / Кір | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NI |
| Zarděnky / Краснуха | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NI |
| Příušnice / Свинка | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NI |
| Záškrt / Дифтерія | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NI |
| Tetanus / Правець | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NI |

Černý kašel / Коклюш	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
Neštovice / віспа	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
Přenosná dětská obrna Портативний поліомієліт	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
Virová hepatitida A Вірусний гепатит А	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
Virová hepatitida B Вірусний гепатит В	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
Tuberkulóza Туберкульоз	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cukrovka | Цукровий діабет |
| <input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak | Гіпертонія |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění srdce | Хвороба серця |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění plic | Захворювання легенів |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění ledvin | Хвороба ледве |
| <input type="checkbox"/> Neurologické onemocnění | Неврологічні захворювання |
| <input type="checkbox"/> Nemoci zažívacího traktu | Захворювання травного тракту |
| <input type="checkbox"/> Nádorové onemocnění | Рак |
| <input type="checkbox"/> 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 вагітні? 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

NI

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

Ви зробили щеплення від covid-19

TAK

NI

Typ vakcíny:

Тип вакцини:

Chcete být očkovan proti covid-19?

Ви хочете зробити щеплення від covid-19?

TAK

NI

Datum:

Дата:

Podpis:

Підпис: