

Пříloha č. 3 Zdravotní dotazník (vyplňte před návštěvou lékaře)

Zdravotní dotazník / Медична анкета / Медицинская анкета

I. Základní informace / Основна інформація / Основная информация

Jméno / Im'я / Имя:

Příjmení / Прізвище / Фамилия :

Datum narození / Дата народження / Дата рождения:

Číslo pojištěnce v ČR/ Номер застрахованого / Номер застрахованного в Чешской Республике:

.....

Státní příslušnost / Громадянство / Гражданство:

Trvalé bydliště/ Постійне місце проживання / Постоянное место жительства:

.....

Přechodné bydliště (adresa pobytu na území ČR)/ Тимчасове місце проживання (адреса перебування на території Чеської Республіки) / Временное место жительства (адрес проживания на территории ЧР):

.....

Číslo a typ dokladu o identitě/ Номер та тип документа, що посвідчує особу / Номер и вид документа, удостоверяющего личность:

Kontakt telefon/ Номер контактного телефону / Контактный телефон:

Kontakt e-mail/ Контактна електронна пошта / Контактная эл. Почта:

II. Zdravotní stav / Стан здоров'я / Состояние здоровья

A. Osobní anamnéza / Особистий анамнез / Личный анамнез

Zaškrtněte prodělaná onemocnění v minulosti / Відзначте хвороби, перенесені у минулому / Отметить перенесенные в прошлом заболевания:

- tuberkulóza / Туберкульоз / Туберкулез
- virová hepatitida A,B,C / Вірусний гепатит А, В, С / Вирусные гепатиты А, В, С
- dětské nemoci (Spalnička, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel) / Дитячі хвороби (кір, епідемічний паротит, краснуха, дифтерія, кашлюк) / Детские заболевания (корь, паротит, краснуха, дифтерия, коклюш)
- tetanus / Правець / Столбняк
- HIV+/AIDS / ВІЛ/СНІД / ВИЧ/СПИД

Máte v současné době nějaký z níže uvedených příznaků (zaškrtněte) / Чи є на даний час у вас симптоми, вказані нижче? (Позначте) / Есть ли у Вас сейчас какие-либо из следующих симптомов (позметить):

- teplota / температура / температура
- kašel / кашель / кашель
- průjem / діарея / диарея



- bolesti břicha / **біль у животі** / боли в животе
- bolesti hlavy / **головний біль** / головные боли
- bolest na prsou / **біль у грудях** / боль в груди
- vyrážka / **висипка** / сыпь
- nemohu dýchat / **проблеми із диханням** / затрудненное дыхание
- mám potíže s chůzí / **труднощі із ходьбою** / затрудненная ходьба
- mám poruchy vědomí / **розлади свідомості** / нарушение сознания
- mám poruchy vidění / **розлади зору** / нарушение зрения
- mám křeče a jiné záchvatovité stavy / **судоми та інші приступи** / судороги и другие приступообразные состояния
- hodně se potím (zejména v noci)
- zahmyzení (vši, blechy, svrab) / **наявність комах-паразитів (воші, блохи, вушні кліщі)** / паразитарные заболевания кожи (вши, блохи, чесотка)
- jiné / **інше** / другие:

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 у контакті протягом останніх 21 днів з особою, у якої було підтверджено гостре інфекційне захворювання? (Позначте та напишіть, про яку хворобу йшлося)** / Находились ли Вы в течение последних 21 дней в контакте с человеком, у которого было подтверждено острое инфекционное заболевание (отметьте и напишите, о каком заболевании идет речь)

ANO / **ТАК** / **ДА** NE / **НІ** / **НЕТ**

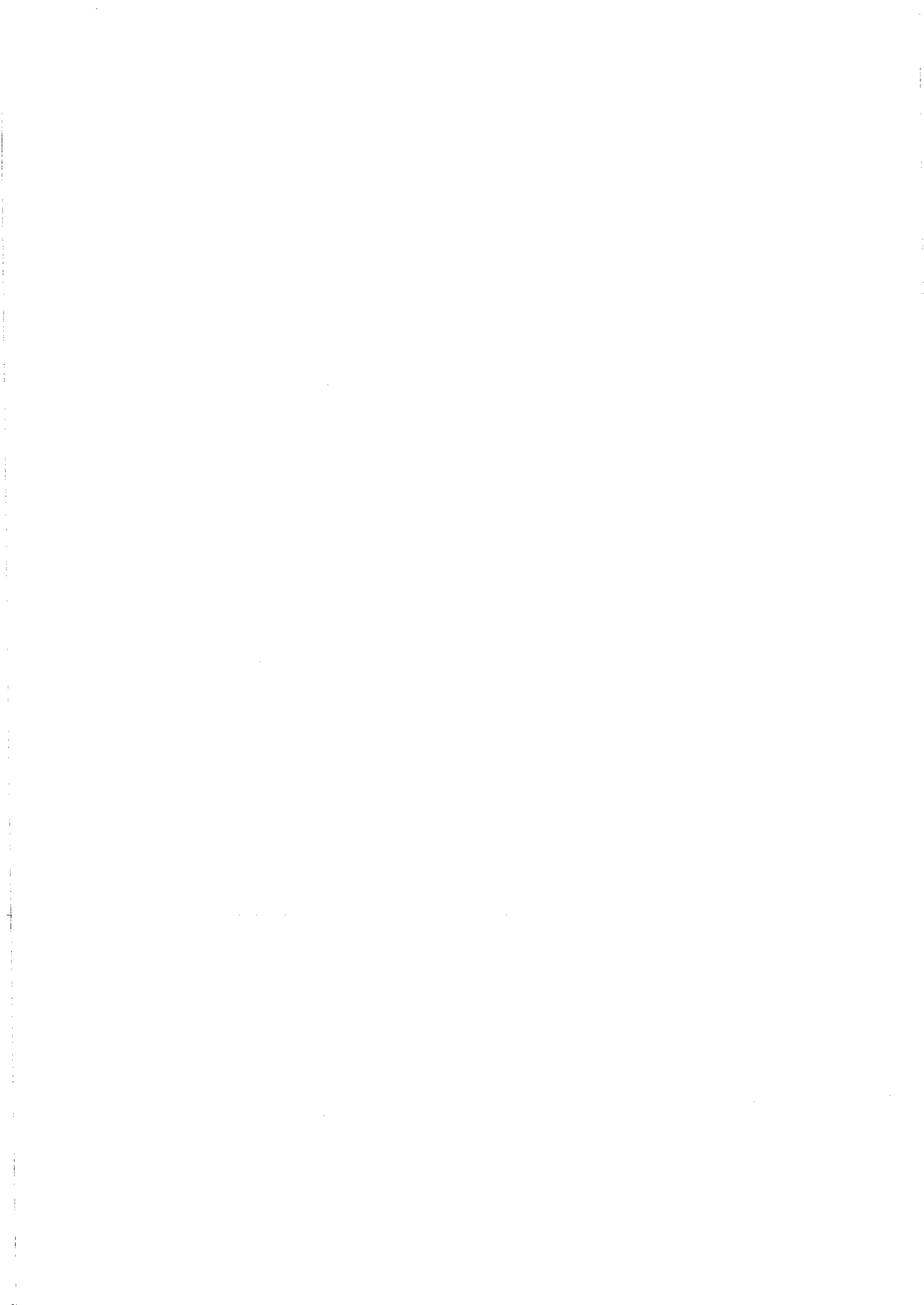
V případě, že Vaše odpověď je ANO vyplňte, o jaké onemocnění se jedná (spalničky, příušnice, zarděnky, černý kašel, tuberkulóza*) / **У випадку, якщо Ваша відповідь — ТАК, заповніть, про яку саме хворобу йдеться (кір, паротит, краснуха, кашлюк, туберкульоз тощо*)** / Если Ваш ответ «ДА», пожалуйста, укажите, о каком заболевании идет речь (корь, свинка, краснуха, коклюш, туберкулез*):

* V případě tuberkulózy uveďte kontakt kdykoli v životě v rodině nebo v kolektivu / **При захворюванні на туберкульоз налагодьте контакти в родині або в колективі будь-коли в житті** / В случае туберкулеза, установите контакт в любое время в семье или коллективе

Byl/a u Vás v posledních 21 dnech potvrzeno akutní infekční onemocnění (zaškrtněte a vyplňte o jaké onemocnění se jednalo) / **Чи було у Вас протягом останніх 21 днів підтверджено гостре інфекційне захворювання? (Позначте та заповніть, про які хвороби йшлося)** / Перенесли ли Вы подтвержденное острое инфекционное заболевание в течение последних 21 дней (отметьте и напишите, о каком заболевании идет речь)

ANO / **ТАК** / **ДА** NE / **НІ** / **НЕТ**

V případě, že Vaše odpověď je ANO vyplňte, o jaké onemocnění se jedná (Virová hepatitida A, B, C, spalničky, příušnice, zarděnky, černý kašel, tuberkulóza) / **Якщо Ваша відповідь — ТАК, заповніть, про яку хворобу йдеться (вірусний гепатит А, В, С, кір, паротит, краснуха, кашлюк, туберкульоз тощо)** / Если ваш ответ «ДА», пожалуйста, укажите, о каком заболевании идет речь (вирусный гепатит А, В, С, корь, свинка, краснуха, коклюш, туберкулез):



V. Očkování / Щеплення / Вакцинация

Byl/a jste očkován/a proti následujícím onemocněním / Чи були Ви вакциновані проти таких захворювань? / Были ли Вы привиты от следующих заболеваний?

- | | | |
|--|---|--|
| Spalničky / Кір / Корь | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Zarděnky / Краснуха / Краснуха | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Příušnice / Паротит / Свинка | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Záškrt / Дифтерія / Дифтерия | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Tetanus / Правець / Столбняк | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Černý kašel / Кашлюк / Коклюш | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Tuberkulóza / Туберкульоз / Туберкулез | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Přenosná dětská obrna / Переносний дитячий поліомієліт / Полиомиелит | | |
| Virová hepatitida A / Вірусний гепатит А / Вирусный гепатит А | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Virová hepatitida B / Вірусний гепатит В / Вирусный гепатит В | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Haemophilus influenzae | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |
| Meningokoky | <input type="checkbox"/> ANO / TAK / ДА | <input type="checkbox"/> NE / NĚ / НЕТ |

C. Léčíte se s některou z následujících nemocí, která vyžaduje akutní pomoc? / Чи лікуєтеся Ви від будь-якої хвороби, що вимагає негайної допомоги? / Проходите ли Вы лечение по поводу любого из следующих заболеваний, требующих неотложной помощи?

- Cukrovka / Цукровий діабет / Сахарный диабет
- Onemocnění srdce / Захворювання серця / Болезнь сердца
- Onemocnění plic / Захворювання легенів / Болезнь легких
- Onemocnění ledvin / Захворювання печінки / Болезнь почек
- Neurologické onemocnění / Неврологічні захворювання / Неврологическое заболевание
- Nemoci zažívacího traktu / Захворювання шлунково-кишкового тракту / Заболевания пищеварительного тракта
- Nemoci krve a imunity
- Nádorové onemocnění / Онкологічні захворювання / Опухолевое заболевание
- Jiné / Інше / Другое:
-
-

Máte dostatek léků pro léčbu svého onemocnění (na min. 7 dní)? / Чи є у Вас достатньо ліків для лікування Вашого захворювання (мінімум на 7 днів)? / Достаточно ли у Вас лекарств для лечения своего заболевания (как минимум на 7 дней)?

ANO / TAK / ДА NE / NĚ / НЕТ



Potřebujete nějaký lék akutně? / Чи потрібні Вам якісь ліки негайно? / Нужны ли Вам какие-либо лекарства немедленно?

Používáte zdravotnické pomůcky? / Чи використовуєте Ви медичне обладнання? / Пользуетесь ли Вы специальными медицинскими приспособлениями?

ANO / TAK / ДА NE / NĚ / НЕТ

Potřebujete předepsat zdravotnické pomůcky? / Чи потрібно Вам виписати якісь медичне обладнання? / Нужно ли Вам получить рецепт на специальные медицинские приспособления?

ANO / TAK / ДА NE / NĚ / НЕТ

Ženy - těhotenství / Якщо Ви жінка, чи вагітна Ви? / Женщины – беременность

ANO / TAK / ДА + trimestr / триместр? / какой триместр? NE / NĚ / НЕТ

Děti do 4 let – potřeba kojenecské výživy / Діти до 4 років – необхідність у дитячому харчуванні / Дети до 4 лет – потребность в детском питании

ANO / TAK / ДА NE / NĚ / НЕТ

D. Covid-19 /

Proděl/a jste v posledních 6 měsících onemocnění covid-19 / Чи хворіли Ви протягом останніх 6 місяців на хворобу covid-19? / Переболели ли Вы COVID-19 в течение последних 6 месяцев?

ANO / TAK / ДА NE / NĚ / НЕТ

Byl/a jste proti onemocnění covid-19 očkovan(a) / Чи були Ви вакциновані проти хвороби covid-19? / Были ли вакцинированы от COVID-19

ANO / TAK / ДА NE / NĚ / НЕТ

Chcete být očkovan proti covid-19? / Чи маєте Ви бажання вакцинуватися проти covid-19? / Хотите ли Вы сделать прививку от COVID-19?

ANO / TAK / ДА NE / NĚ / НЕТ

