

Zdravotní dotazník / Медична анкета / Медицинская анкета

I. Základní informace / Основна інформація / Основная информация
--

Jméno / Ім'я / Имя:

Příjmení / Прізвище / Фамилия :

Datum narození / Дата народження / Дата рождения:

Státní příslušnost (bude předvyplněno) / Громадянство (буде заповнено наперед) / Гражданство (заполнено предварительно):

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

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 :

Profese / Професія / Профессия:

- Lékař (uveďte specializaci) / Лікар (вказіть спеціалізацію) / Врач (указать специализацию)
- Zdravotní sestra / Медична сестра / Медсестра
- Jiný zdravotnický pracovník / Інший медичний працівник / Другой медицинский работник

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 (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel) / **Дитячі хвороби (кір, епідемічний паротит, краснуха, дифтерія, кашлюк)** / Детские заболевания (корь, паротит, краснуха, дифтерия, коклюш)
- Tetanus / **Правець** / Столбняк

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 (пометить)

- 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
- 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 / TAK / ДА NE / NI / 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):

Byl/a u 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 / TAK / ДА NE / NI / 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):

В. Očkování / Щеплення / Вакцинация

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

Spalničky / **Кір** / Корь

ANO / TAK / ДА NE / NI / НЕТ

Zarděnky / **Краснуха** / Краснуха

ANO / TAK / ДА NE / NI / НЕТ

Příušnice / **Паротит** / Свинка

ANO / TAK / ДА NE / NI / НЕТ

Záškrt / **Дифтерія** / Дифтерия ANO / ТАК / ДА NE / НІ / НЕТ

Tetanus / **Правець** / Столбняк ANO / ТАК / ДА NE / НІ / НЕТ

Černý kašel / **Кашлюк** / Коклюш ANO / ТАК / ДА NE / НІ / НЕТ

Tuberkulóza / **Туберкульоз** / Туберкулез ANO / ТАК / ДА NE / НІ / НЕТ

Přenosná dětská obrna / **Переносний дитячий поліомієліт** / Полиомиелит

ANO / ТАК / ДА NE / НІ / НЕТ

Virová hepatitida A / **Вірусний гепатит А** / Вирусный гепатит А

ANO / ТАК / ДА NE / НІ / НЕТ

Virová hepatitida B / **Вірусний гепатит В** / Вирусный гепатит В

ANO / ТАК / ДА NE / НІ / 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

Nádorové onemocnění / **Онкологічні захворювання** / Опухолевое заболевание

Alergie / **Алергія** / Аллергия

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 / ТАК / ДА NE / НІ / 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 / NÍ / НЕТ

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

ANO / TAK / ДА NE / NÍ / НЕТ

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

ANO / TAK / ДА + trimestr / **триместр?** / какой триместр? NE / NÍ / НЕТ

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

ANO / TAK / ДА NE / NÍ / 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 / NÍ / 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 / NÍ / 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 / NÍ / НЕТ

Čestné prohlášení.

Prohlašuji, že nemám žádného registrujícího lékaře ani výpis ze zdravotní dokumentace pořízené v jiném státě.

Я заявляю, що У мене немає реєстраційного лікаря чи виписки з медичної документації, отриманої в іншій державі.

Заявляю, что нет зарегистрированного врача

или выписки из медицинской документации, полученные в другом государстве.

Datum/ Дата/ Дата

Podpis / підпис/ подпись