

Опросник

Ім'я, фамілія, дата народження:

Чи Были у Вас чи в сім'ї наступні захворювання: (якщо так, вкажіть у кого саме)
Vyskytuje nebo vyskytoval se ve Vaší rodině:

- | | | |
|--|-----|----|
| - високий тиск (vysoký tlak) | ТАК | НІ |
| - цукровий діабет (cukrovka) | ТАК | НІ |
| -захворування серця (onemocnění srdce) | ТАК | НІ |
| - рак (rakovina) | ТАК | НІ |
| - астма (průduškové astma) | ТАК | НІ |
| - епілепсія (epilepsie) | ТАК | НІ |
| - алергія (alergie) | ТАК | НІ |
| - психічне захворювання (duševní onemocnění) | ТАК | НІ |
| - туберкульоз(tuberkuloza) | ТАК | НІ |

Чи померли Ваши родичі, рідні, рідні сестри/брати чи діти у молодому віці
(якщо так, напишіть хто, в якому віці та од якої хвороби) ТАК НІ
Zemřel někdo z rodičů, sourozenců nebo dětí náhle nebo předčasně?

Були чи маєте на давний час наступні хвороби: (якщо ТАК, напишіть які та коли)
Prodělal(a) jste Vy sám(sama) nebo proděláváte vážné onemocnění z níže jmenovaných?

- | | | |
|--|-----|----|
| - високи тиск (vysoký tlak) | ТАК | НІ |
| - цукровий діабет (cukrovka) | ТАК | НІ |
| - захворювання серця (onemocnění srdce) | ТАК | НІ |
| - рак (rakovina) | ТАК | НІ |
| - астма (průduškové astma) | ТАК | НІ |
| - епілепсія (epilepsie) | ТАК | НІ |
| - алергія (alergie) | ТАК | НІ |
| - психічне захворювання (duševní onemocnění) | ТАК | НІ |
| - інше (jiné) | ТАК | НІ |

Чи були у Вас операції? TAK HI
Prodělal(a) jste Vy sám(sama) operaci?
(Якщо ТАК, напишіть які та коли)

Чи були у Вас урази TAK HI
Prodělal(a) jste Vy sám(sama) vážný úraz?
(Якщо так, напишіть які та коли)

Приймаєте леки? TAK HI
Užíváte nějaké léky?
(якщо так, напишіть дозу, скільки мг та скільки в день)

Чи маєте алергію? TAK HI
Trpíte alergií?
(Якщо ТАК, напишіть на що)

Чи були у Вас колись переливання крові TAK HI
Dostal(a) jste někdy transfuzi?
(Якщо ТАК, напишіть чому)

Курите? скільки за день) Jste kuřák? TAK HI
Пієте алкоголь? Pijete alkohol TAK HI

Як себе почуваєте здоровий/хворий TAK HI
(Якщо так, напишіть, що Вас турбує)
Cítíte se nemocný(nemocná)?

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.