

Ім'я Jméno / Meno	Вік Věk / Vek
Прізвище Příjmení / Priezvisko	Зріст Výška
	Вага Váha / Hmotnosť

На що Ви скаржитесья?

Jaké potíže oznamujete? / Aké ťažkosti oznamujete?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> біль у животі
bolest břicha / bolest brucha | <input type="checkbox"/> біль у яєчках
bolest varlat / bolest semenníkov | <input type="checkbox"/> задишка
dušnost / dýchavičnost |
| <input type="checkbox"/> нудота
nevolnost / nevoľnosť | <input type="checkbox"/> біль або печіння у піхві
bolest nebo pálení pochvy / bolest alebo pálenie pošvy | <input type="checkbox"/> лихоманка
horečka / horúčka |
| <input type="checkbox"/> блювота
zvracení / vracanie | <input type="checkbox"/> головний біль
bolest hlavy / bolesti hlavy | <input type="checkbox"/> слабкість
slabost / slabosť |
| <input type="checkbox"/> діарея
průjem / hnačka | <input type="checkbox"/> біль у шиї
bolest šíje / bolest šíje | <input type="checkbox"/> кашель сухой <input type="checkbox"/> кашель влагий
suchý kašel / kašel vlhký kašel / kašel |
| <input type="checkbox"/> запор
zácpa / zápcha | <input type="checkbox"/> біль у спині
bolest zad / bolest chrbta | <input type="checkbox"/> нежить
rýma / nádcha |
| <input type="checkbox"/> кров у блювоті
krev ve zvracích / krv vo zvratkoch | <input type="checkbox"/> біль у кінцівках
bolesti končetin / bolesti končatín | <input type="checkbox"/> озноб
třes / tras |
| <input type="checkbox"/> кров у калі
krev ve stolici / krv v stolici | <input type="checkbox"/> набряк кінцівок
otékání končetin / opuchanie končatín | <input type="checkbox"/> свербіж шкіри
svědění kůže / svrbenie kože |
| <input type="checkbox"/> кров у сечі
krev v moči / krv v moči | <input type="checkbox"/> серцебиття
bušení srdce / búšenie srdca | <input type="checkbox"/> печіння шкіри
pálení kůže / pálenie kože |
| <input type="checkbox"/> затримка сечі або калу
zadržování moči nebo stolice / zadrživanie moču alebo stolice | <input type="checkbox"/> запаморочення
závratě / závraty | <input type="checkbox"/> бессоння або інші розлади
nespavost nebo jiné poruchy / nespavosť alebo jiné poruchy |
| <input type="checkbox"/> часте сечовипускання
časté močení / časté močenie | <input type="checkbox"/> шум у вухах
hučení v uších / hučanie v ušiach | <input type="checkbox"/> тривога, смуток
úzkost, smutek / úzkosť, smútok |
| <input type="checkbox"/> біль або печіння при сечовипусканні
bolest nebo pálení při močení / bolest alebo pálenie při močení | <input type="checkbox"/> втрата свідомості
ztráty vědomí / straty vedomia | <input type="checkbox"/> інше (що?)
jiné (jaké?) / iné (aké?) _____ |

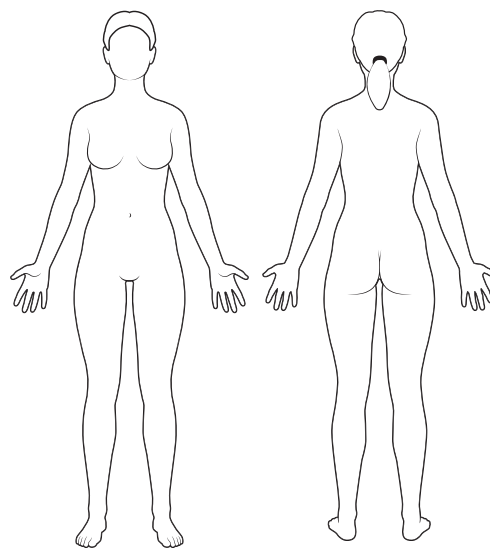
Чи маєте Ви хронічні захворювання?

Máte nějaké chronické onemocnění? / Máte nějaké chronické ochorenie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> артеріальна гіпертензія
vysoký krevní tlak / vysoký krvný tlak | <input type="checkbox"/> остеоартроз
osteoartróza |
| <input type="checkbox"/> серцева недостатність
srdeční selhání / srdcové zlyhanie | <input type="checkbox"/> ішіас
ischias |
| <input type="checkbox"/> ішемічна хвороба серця
ischemická choroba srdeční / srdca | <input type="checkbox"/> епілепсія
epilepsie / epilepsia |
| <input type="checkbox"/> постінфарктний статус
stav po infarktu / infarkte myokardu | <input type="checkbox"/> хвороба Альцгеймера
Alzheimerova choroba |
| <input type="checkbox"/> атеросклероз
ateroskleróza | <input type="checkbox"/> хвороба Паркінсона
Parkinsonova nemoc / choroba |
| <input type="checkbox"/> анемія
anémie / anémia | <input type="checkbox"/> стан після трансплантації або видалення органів
stav po transplantaci nebo odebrání orgánů / stav po transplantácii alebo odobraní orgánov |
| <input type="checkbox"/> варикозне розширення вен
křečové žíly / křčové žily | <input type="checkbox"/> стан після ендопротезування колінного/тазостегнового суглоба
aloplastika kolenního / kyčelního kloubu / aloplastika kolenného/bedrového kĺbu |
| <input type="checkbox"/> астма
astma | <input type="checkbox"/> катаракта
šedý zákal / sivý zákal |
| <input type="checkbox"/> цукровий діабет
diabetes | <input type="checkbox"/> глаукома
glaukom / glaukóm |
| <input type="checkbox"/> захворювання щитовидної залози (гіпер/гіпотиреоз)
onemocnění štítné žlázy (hyper-/hypotyreóza) / ochorenie štítnej žľazy (hyper-/hypotyreóza) | <input type="checkbox"/> дерматит <input type="checkbox"/> псоріаз
atopický ekzém / lupénka / psoriáza |
| <input type="checkbox"/> печінкова недостатність
selhání jater / zlyhanie pečene | <input type="checkbox"/> депресія
deprese / depresia |
| <input type="checkbox"/> порушення функції нирок
porucha funkce ledvin / porucha funkcie obličiek | <input type="checkbox"/> інше (що?)
jiné (jaké?) / iné (aké?) _____ |
| <input type="checkbox"/> рак
rakovina | |

Вкажіть, будь ласка, локалізацію болю:

Vyznačte prosím místo bolesti:
Vyznačte, prosím, miesto bolesti:



Відколи виникають тривожні симптоми?

Odkdy se objevují znepokojivé příznaky?
Odkedy sa objavujú znepokojivé příznaky?

Чи приймаєте Ви ліки на постійній основі?

Užíváte pravidelně nějaké léky?
Užívate pravidelne nejaké lieky?

Так
Ano
Áno

Ні
Ne
Nie

Якщо так, то які?

Pokud ano, tak jaké? / Pokud ano, tak jaké?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> від артеріальної гіпертензії
na vysoký krevní tlak / na vysoký krvný tlak | <input type="checkbox"/> від психіатричних захворювань
psychiatrické |
| <input type="checkbox"/> від цукрового діабету
na diabetes | <input type="checkbox"/> знеболювальні
analgetika (proti bolesti) |
| <input type="checkbox"/> від неврологічних захворювань
neurologické | <input type="checkbox"/> для протиалергічних
antialergika / antialergiká |
| <input type="checkbox"/> від високого рівня холестерину
na vysoký cholesterol | <input type="checkbox"/> інше (що?)
jiné (jaké?) / iné (aké?) _____ |

Чи маєте Ви алергії?

Máte na něco alergií?
Máte na niečo alergiu?

Так
Ano
Áno

Ні
Ne
Nie

Якщо так, то які?

Pokud ano, na čo? / Ak áno, na čo?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Пилок рослин
pyl rostlin / pel' rastlín | <input type="checkbox"/> риба або морепродукти
ryby nebo mořské plody / ryby alebo morské plody |
| <input type="checkbox"/> кліщі домашнього пилу
roztoci domácího prachu / roztoče domácího prachu | <input type="checkbox"/> горіхи
ořechy / orechy |
| <input type="checkbox"/> волосся та епідерміс тварин
srst a pokožka zvířat / srst' a pokožka zvierat | <input type="checkbox"/> фрукти
ovoce / ovocie |
| <input type="checkbox"/> спори цвілі
zárodky plísní / zárodky plesní | <input type="checkbox"/> метали (нікель, хром, кобальт)
kovy (nikl, chrom, kobalt) / kovy (nikel, chróm, kobalt) |
| <input type="checkbox"/> білок коров'ячого молока
laktóza z kravského mléka / laktóza z kravského mlieka | <input type="checkbox"/> інше (що?)
jiné (jaké?) / iné (aké?) _____ |
| <input type="checkbox"/> яєчний білок
vaječné bílkoviny / vaječné bielkoviny | |

Чи є у вас алергія на ліки?

Máte alergií na léky?
Máte alergiu na lieky?

Так
Ano
Áno

Ні
Ne
Nie

Якщо так, то на які?

Pokud ano, na jaké?
Ak áno, na aké?

Ви вагітні?

Jste těhotná? / Ste tehotná?

Так
Ano
Áno

Ні
Ne
Nie

Якщо так, то на якому місяці?

Pokud ano, ve kterém jste měsíci?
Ak áno, v ktorom ste mesiaci?

Дата останньої менструації

Datum poslední menstruace
Dátum poslednej menštruácie

Наскільки Вам це боляче?

Jak silně vás to bolí? / Ako silne vás to bolí?



Чи були у Вас якісь операції в минулому?

Prodělal/a jste v minulosti nějakou operaci? / Prekonali ste v minulosti nejakú operáciu?

Так
Ano
Áno

Ні
Ne
Nie

Якщо так, то які?

Pokud ano, jaké? / Ak áno, aké?

Чи вживаєте Ви алкоголь?

Pijete alkohol?

Так
Ano
Áno

Ні
Ne
Nie

Якщо так, то як часто?

Pokud ano, jak často?
Ak áno, ako často?

Чи палити Ви?

Kouříte cigarety? / Fajčíte cigarety?

Так
Ano
Áno

Ні
Ne
Nie

Якщо так, то як довго?

Pokud ano, jak dlouho?
Ak áno, ako dlho?

Чи вживаєте Ви наркотики?

Užíváte nebo jste užíval/a drogy?
Užívate alebo ste uživali drogy?

Так
Ano
Áno

Ні
Ne
Nie

Проти яких захворювань Ви вакциновані?

Proti jakým nemocem máte očkování?
Proti akým chorobám máte očkovanie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> туберкульоз
tuberkulóza | <input type="checkbox"/> covid-19
covid-19 |
| <input type="checkbox"/> гепатит В
žloutenka typu B / žltáčka typu B | <input type="checkbox"/> грип
chřipka / chrípka |
| <input type="checkbox"/> дифтерія, правець, коклюш
záškrť, tetanus, černý kašel / čierny kašel' | <input type="checkbox"/> вітряна віспа
plané neštovice / ovčie kiahne |
| <input type="checkbox"/> кір, свинка, краснуха
spalničky, příušnice, zarděnky / osýpky, mumps, rubeola | <input type="checkbox"/> поліомієліт
přenosná dětská obrna / detská obrna |