

Anamnestický dotazník

(Опитувальник анамнезу)

Будь ласка, заповнюйте опитувальник англійською мовою (латинськими літерами), щоб ми могли Вас зрозуміти. Ім'я та прізвище - як маєте написані в паспорті.

Переклад українською мовою - в дужках.

Osobní data (Персональні дані):

Jméno a příjmení (Ім'я та прізвище):

Datum narození (Дата

народження):

Rodné číslo (Особистий ідентифікаційний номер):

Telefon (Телефон):

Pojišťovna (Страхова компанія):

Zdravotní stav: (správná odpověď do kroužku)

(Стан здоров'я: (правильну відповідь обведіть у кружечок)

Máte v současné době nějaké onemocnění? (Чи є у Вас наступні захворювання?)

- Vysoký krevní tlak (Гіпертонія (високий тиск)
- Angina pectoris (Стенокардія)
- Infarkt myokardu (Інфаркт міокарду)
- Kardiostimulátor (Кардіостимулятор)
- Umělá srdeční chlopeč/ nedostatečnost srdeční chlopeč (Штучний клапан серця або недостатність серцевого клапана)
- Infekční endokarditis (Інфекційний ендокардит)
- Diabetes mellitus – inzulin (Діабет (приймаєте інсулін)
- Astma (Астма)
- Polyvalentní alergie (Алергія)
- Onemocnění štítné žlázy(hypertyreóza) (Захворювання щитовидної залози (гіпертиреоз)
- Onemocnění jater (Захворювання печінки)
- Onemocnění ledvin (Захворювання нирок)
- Poruchy srážlivosti krve (Порушення згортання крові)
- Onkologická léčba(chemoterapie) (Онкологічне лікування (хіміотерапія)
- Onkologická léčba(radioterapie) (Онкологічне лікування (променева терапія)
- Leukémie (Лейкемія)
- Transplantace orgánová (Трансплантація органів)
- Hepatitis (A, B, C, D, E) (Гепатит (A, B, C, D, E)
- HIV (ВІЛ)
- TBC (Інфекційні захворювання (туберкульоз)

- Záškrť, Černý kašel (Дифтерія, коклюш)
- Syfilis, Kapavka, Chlamydie (Сифіліс, гонорея, хламідіоз)
- Další infekční onemocnění (Інші інфекційні захворювання)
- Epilepsie (Епілепсія)
- Drogová závislost (Наркотична залежність)
- Glaukom (Глаукома)
- Mentální retardace (Розумова відсталість)
- Osteoporóza (Остеопороз)
- Nádorové onemocnění kostí (Рак кісток)
- Endoprotéza (Ендопротезування)
- Poruchy sluchu/zraku (Розлади зору або слуху)
- Krvácivé choroby (Hemofilie, Von Willebrandova choroba) (Розлади згортання крові (гемофілія)
- Onemocnění plic (Захворювання легень)
- Onemocnění žaludku a střev (Захворювання шлунка та кишечника)

Jste těhotná?	ANO/NE.	V jakém měsíci jste?
Ви вагітні?	ТАК / НІ	Який місяць вагітності?

Užíváte léky na úpravu srážení krve?	ANO/NE
Ви приймаєте ліки для розрідження крові?	ТАК / НІ

Užíváte léky na osteoporózu/kostní nádor?	ANO/NE
Ви приймаєте ліки від остеопорозу / рак кісток?	ТАК / НІ

Užíváte léky na potlačení imunity?	ANO/NE
Ви приймаєте ліки, що знижують імунітет (імуносупресивні)?	ТАК / НІ

Užívané léky (Приймаєте ліки):

- Warfarin, Pradaxa, Xarelto a jiná antikoagulancia (Варфарин, Прадакса, Ксарелто та інші антикоагулянти)
- Anopyrin, Godasal, Stacyl a jiná antiagregancia (Анопірин, Годасал, Стацил та інші антиагреганти)
- Inzulín (Інсулін)
- Bisfosfonáty (Бісфосфонати (від ламкості кісток)
- Denosumab (Деносумаб)

Máte nějaké alergie?
Ви маєте алергію?

ANO/NE
ТАК / НІ

Alergie (Алергія на):

- Lokální anestezie (Місцеві анестетики)
- Desinfekce (Дезінфікуючі засоби)
- Latex (Латекс)
- Náplasti (Лейкопластир)
- Antibiotika: Penicilin, Klindamycin, Tetracyklin (Антибіотики: Пеніцилін, Кліндаміцин, Тетрациклін)
- Kov (Метали)
- Dentální pryskyřice (Стоматологічні пластмаси)

Datum:.....

Podpis:.....

Дата:.....

Підпис:.....

Podpisem potvrzujete, že údaje jsou pravdivé a nic jste nám nezamlčel.

Підписуючи, Ви підтверджуєте, що дані правдиві і Ви нічого від нас не приховували.