

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 |
| - 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 |
| - ожиріння (obezita) | ТАК | НІ |

Чи померли Ваши родичі, рідні, рідні сестри/брати чи діти у молодому віці
ТАК НІ

Zemřel někdo z rodičů, sourozenců nebo dětí náhle nebo předčasně?
(якщо так, напишіть хто, в якому віці та од якої хвороби)

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?
Prodělal(a) jste Vy sám(sama) operaci? ТАК НІ
(Якщо ТАК, напишіть які та коли)
- Чи були у Вас урази
ТАК НІ
Prodělal(a) jste Vy sám(sama) vážný úraz?
(Якщо так, напишіть які та коли)
- Приймає леки? ТАК НІ
Užíváte nějaké léky?
(якщо так, напишіть дозу, скільки мг та скільки в день)
- Чи має алергію? ТАК НІ
Trpíte alergií?
(Якщо ТАК, напишіть на що)
- Чи були у Вас колись переливання крові ТАК НІ
Dostal(a) jste někdy transfuzi?
(Якщо ТАК, напишіть чому)
- Курите? ТАК НІ
Jste kuřák?
(Якщо так, напишіть скільки за день)
- Пієте алкоголь? ТАК НІ
Pijete alkohol?
(Якщо ТАК, Як часто та скільки)
- Як себе почуваете здоровий/хворий ТАК НІ
Cítíte se nemocný(немосná)?
(Якщо так, напишіть, що Вас турбує)

Дата

Підпис