



## Анкета

Фамилия		Имя	
Идентификационный номер (RČ)		Страховая	
Электронная почта		Телефон	
Адрес		Откуда о нас узнали	<input type="checkbox"/> интернет <input type="checkbox"/> листовка <input type="checkbox"/> по рекомендации

Во избежание осложнений во время лечения, пожалуйста, ответьте на вопросы ниже. Анкета будет частью медицинской документации и подлежит врачебной тайне. Подписываясь, вы подтверждаете правильность указанных данных согласно 98/2012 Sb. § 2 Постановления о медицинской документации.

Страдаете ли Вы какой-либо аллергией (пыльца, сенная лихорадка, продукты, ...)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Есть ли у Вас аллергия на какие-либо лекарства?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Были ли у Вас когда-нибудь эпилептические припадки, потеря сознания?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Есть ли у Вас нарушение свертываемости крови или другая болезнь крови?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Вы страдаете от диабета?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Есть ли у Вас какие-либо заболевания сердца (сердечный приступ, операция, кардиостимулятор и т. д.)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Есть ли у Вас или были ли у вас какие-либо инфекционные заболевания (желтуха, туберкулез, ВИЧ)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Вы страдаете от низкого или высокого кровяного давления?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
У Вас есть заболевания печени?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Страдаете ли Вы каким-либо заболеванием легких (астмой)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
У Вас есть заболевание щитовидной железы?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
У Вас есть или был какой-либо рак болезнь?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Есть ли у Вас глазные заболевания (глаукома или катаракта)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Вам когда-нибудь делали операцию?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Какой?
Есть ли у Вас в настоящее время какие-либо другие заболевания?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	
Вы принимаете какие-либо лекарства?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Какие и как часто?
Для женщин: беременны ли Вы?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Укажите срок беременности?
Вы курите?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Сколько сигарет в день?

\_\_\_ / \_\_\_ / 2022

Дата

подпись пациента (или родителя если пациенту меньше 18 лет)