

Виповніть анкету у випадку якщо потребуєте медичний або лікарський огляд

(Vyplňte v případě, že vyžaduje Váš stav vyšetření ve zdravotnickém zařízení)

## **Zdravotní dotazník pro dítě (do 18 let)**

### **Анкета здоров'я дитини (до 18 років)**

I. **Základní informace o dítěti**  
Основна інформація про дитину:

**Jméno / Ім'я:**

**Příjmení / Прізвище:**

**Datum narození / Дата народження:**

**Číslo pojištění v ČR / Номер страхувальника в Чехії:**

**Kontakt telefon / Контактний телефон:**

II. **Základní informace o zákonném zástupci**  
Основна інформація про законного представника:

**Jméno / Ім'я:**

**Příjmení / Прізвище:**

**Datum narození / Дата народження:**

**Číslo pojištění v ČR / Номер страхувальника в Чехії:**

**Kontakt telefon / Контактний телефон:**

## **Zdravotní stav - Стан здоров'я**

### **A. Osobní anamnéza dítěte / Особистий анамнез дитини**

**Zaškrtněte prodělaná onemocnění v minulosti / Позначте перенесені хвороби:**

- Tuberkulóza                      Туберкульоз  
 Virová hepatitida A,B,C       Вірусні гепатити А, В, С  
 Dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel, Neštovice)  
Дитячі захворювання (кір, паротит, краснуха, дифтерія, кашель, віспа)  
 Tetanus                              Правець

**Alergie na léky / Алергія на ліки:**     ТАК             НІ

**Má dítě v současné době nějaký z níže uvedených příznaků (zaškrtněte):**

**Чи має ваша дитина зараз будь-який із наведених нижче симптомів (відзначте):**

- |                          |                                     |                |                              |
|--------------------------|-------------------------------------|----------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | teplota                             | температура    |                              |
| <input type="checkbox"/> | kašel                               | кашель         |                              |
| <input type="checkbox"/> | průjem                              | діарея         |                              |
| <input type="checkbox"/> | bolesti břicha                      | біль у животі  |                              |
| <input type="checkbox"/> | bolesti hlavy                       | головні болі   |                              |
| <input type="checkbox"/> | bolest na prsou                     | біль у грудях  |                              |
| <input type="checkbox"/> | vyrážka                             | висип          |                              |
| <input type="checkbox"/> | nemohu dýchat                       | не можу дихати |                              |
| <input type="checkbox"/> | mám potíže s chůzí                  |                | мені важко ходити            |
| <input type="checkbox"/> | mám poruchy vědomí                  |                | у мене порушення свідомості  |
| <input type="checkbox"/> | mám poruchy vidění                  |                | у мене проблеми із зором     |
| <input type="checkbox"/> | mám křeče a jiné záchvatovité stavy |                | у мене судоми та інші судоми |
| <input type="checkbox"/> | zahmyzení (vši, blechy, svrab)      |                | воші, блохи, короста         |
| <input type="checkbox"/> | jiné                                |                | інше                         |

**Bylo dítě v kontaktu v posledních 21 dnech s osobou, u které bylo potvrzeno akutní infekční onemocnění (zaškrtněte a vyplňte o jaké onemocnění se jednalo)**

**Чи контактувала дитина протягом останніх 21 дня з людиною, у якої було підтверджено гостре інфекційне захворювання (позначте галочкою та вкажіть, що це було за захворювання)**

TAK       NĚ

- |                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Tuberkulóza  | Туберкульоз   |
| <input type="checkbox"/> | Virová hepatitida A,B,C  | Вірусні гепатити А, В, С  |
| <input type="checkbox"/> | Dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel, Neštovice) | Дитячі захворювання (кір, паротит, краснуха, дифтерія, кашель, віспа) |
| <input type="checkbox"/> | Tetanus  | Правець   |

**Bylo u dítěte v posledních 21 dnech potvrzeno akutní infekční onemocnění (zaškrtněte a vyplňte o jaké onemocnění se jednalo)**

**У дитини за останні 21 день підтверджено гостре інфекційне захворювання (відзначте і перерахуйте захворювання)**

TAK       NĚ

- |                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Tuberkulóza  | Туберкульоз   |
| <input type="checkbox"/> | Virová hepatitida A,B,C  | Вірусні гепатити А, В, С  |
| <input type="checkbox"/> | Dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel, Neštovice) | Дитячі захворювання (кір, паротит, краснуха, дифтерія, кашель, віспа) |
| <input type="checkbox"/> | Tetanus  | Правець   |

## **B. Očkování / Щеплення**

**Bylo dítě očkováno proti následujícím onemocněním?**

**Чи було зроблено дитині щеплення від наступних захворювань?**

- |                     |                              |                             |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Spalničky / Кір     | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NĚ |
| Zarděnky / Краснуха | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NĚ |

Příušnice / Свинка	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
Záškrt / Дифтерія	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
Tetanus / Правець	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
Černý kašel / Коклюш	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
Neštovice / віспа	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI

Přenosná dětská obrna Портативний поліомієліт	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
--	------------------------------	-----------------------------

Virová hepatitida A Вірусний гепатит А	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
---	------------------------------	-----------------------------

Virová hepatitida B Вірусний гепатит В	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
---	------------------------------	-----------------------------

Tuberkulóza Туберкульоз	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NI
----------------------------	------------------------------	-----------------------------

Léčí se dítě s některou z následujících nemocí, která vyžaduje akutní pomoc?

Чи лікується дитина від будь-якого з наведених нижче захворювань, які потребують невідкладної допомоги?

<input type="checkbox"/> Cukrovka	Цукровий діабет
<input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak	Гіпертонія
<input type="checkbox"/> Onemocnění srdce	Хвороба серця
<input type="checkbox"/> Onemocnění plic	Захворювання легенів
<input type="checkbox"/> Onemocnění ledvin	Хвороба ледве
<input type="checkbox"/> Neurologické onemocnění	Неврологічні захворювання
<input type="checkbox"/> Nemoci zažívacího traktu	Захворювання травного тракту
<input type="checkbox"/> Nádorové onemocnění	Рак
<input type="checkbox"/> Jiné	Інший

Má dítě dostatek léků pro léčbu svého onemocnění (na min. 7 dní)?

Чи достатньо у дитини ліків для лікування хвороби (не менше 7 днів)?  TAK  NI

Potřebuje dítě nějaký lék akutně?

Чи потрібні дитині якісь ліки невідкладно?  TAK  NI

Používá dítě zdravotnické pomůcky?

Чи користується дитина медичними приладами?  TAK  NI

Potřebuje dítě předepsat zdravotnické pomůcky?

Чи потрібно дитині виписувати медичні прилади?  TAK  NI

Potřebuje dítě do 4 let kojeneckou výživu?

Чи потрібне дитяче харчування дитині до 4 років?  TAK  NI

**Covid-19**

**Prodělo dítě v posledních 6 měsících onemocnění covid-19**

**За останні 6 місяців дитина хворіла на Covid-19**

TAK

NI

**Bylo dítě proti onemocnění covid-19 očkováno?**

**Чи була дитина щеплена проти covid-19?**

TAK

NI

**Typ vakcíny:**

**Тип вакцини:**

**Chcete dítě naočkovat proti covid-19?**

**Ви хочете зробити дитині щеплення від covid-19?**

TAK

NI

**Datum:**

**Дата:**

**Podpis:**

**Підпис:**