**Аnamnestický dotazník**

***Анкета истории болезни***

Na otázky odpovedajte prosím pravdivo, budú slúžiť na zhodnotenie Vášho zdravotného stavu.

*На вопросы просьба отвечать правдиво, будут служить для оценки Вашего состояния здоровья.*

1. **Identifikačné údaje:**

***Идентификационные данные:***

Meno, priezvisko, tituly:

*Имя, фамилия, звание:*

Rodné číslo:

*Персональный номер:*

Číslo pasu:

*Номер загранпаспорта:*

Zdravotná poisťovňa:

*Медицинская страховая компания:*

Adresa trvalého pobytu:

*Адрес постоянного места жительства:*

Adresa prechodného pobytu:

*Адрес временного места жительства:*

Zamestnávateľ:

*Работодатель:*

Prvý vstup na Slovensko (dátum):

*Первый приезд в Словакию (дата):*

Posledný vstup na Slovensko (dátum):

*Последний в Словакию (дата):*

Telefonický kontakt:

*Телефонный контакт:*

1. **Rodinná anamnéza:**

***Семейная история***

Uveďte, aké ochorenia sa u Vás v rodine vyskytli u priamych príbuzných (napr.: tuberkulóza, hepatitída A, B, C, HIV, iné infekčné choroby, cukrovka, obezita, vysoký krvný tlak, vysoký cholesterol, srdcový infarkt, mozgová porážka, náhle úmrtia, alergie, astma, psychické poruchy, neurologické choroby, rakovina, choroby štítnej žľazy, poruchy sluchu, zrakové vady, atď.); u príbuzných, ktorí už nežijú, uveďte aj vek, v ktorom zomreli a príčinu úmrtia:

*Укажите, какие заболевания в Вашей семье были перенесены прямыми родственниками (напр. туберкулез, гепатит А,В,С, ВИЧ, другие инфекционные заболевания, сахарный диабет, ожирение, высокое кровяное давление, высокий холестерин, инфаркт миокарда, инсульт, наглая смерть, аллергия, астма, психические нарушения, неврологические заболевания, рак, заболевания щитовидной железы, нарушения слуха, очные заболевания и т.п.); у родственников, которых уже нет в живых, укажите их возраст в котором наступила смерть*

*и причину смерти:*

Matka:

*Мать:*

Otec:

*Отец:*

Súrodenci:

*Братья, сестры:*

Deti:

*Дети:*

Starí rodičia:

*Бабушки, дедушки:*

1. **Osobná anamnéza:**

***Личная история болезни:***

Uveďte, aké ochorenia ste prekonali od detstva (t.j. bežné detské ochorenia, závažné ochorenia – napr. chronické ochorenia, infekčné ochorenia / tuberkulóza, hepatitída A, B, C, HIV/), vrátane operácií, úrazov, podania transfúzie krvi a hospitalizácií:

Укажите, какие заболевания в Вашей семье были перенесены с детства (т.е. поточные детские заболевания, тяжелые заболевания + напр. хронические заболевания, инфекционные заболевания / туберкулез, гепатит А,В,С, ВИЧ/), включая операции, несчастные случаи, переливание крови и госпитализация:

Ochorenie: Rok:

Заболевание: год:

Ochorenie: Rok:

Заболевание: год:

Ochorenie: Rok:

Заболевание: год:

Operácie: Rok:

Операции: год:

Operácie: Rok:

Операции: год:

Operácie: гok:

Операции: год:

Úrazy: гok:

Травмы: год:

Úrazy: Rok:

Травмы: год:

Úrazy: Rok:

Травмы: год:

Transfúzia krvi: áno/nie ak áno, uveďte rok jej podania:

bez reakcie/s reakciou (uveďte jej prejavy):

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Переливание крови: да/нет если да, укажите год получения перелиавания

без реакции/ с реакцией (укажите ее проявление):

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospitalizácie: áno/nie ak áno, uveďte rok a dôvod:

Госпитализация: да/нет если да, укажите год и причину

1. **Epidemiologická a cestovateľská anamnéza:**

***Эпидемиологическая и туристическая история:***

Uveďte, či ste v poslednom období absolvovali pobyt v zahraničí, najmä v tretích krajinách:

áno/nie ak áno, uveďte kde:

год:

Укажите, были ли Вы за последнее время за границей, особенно в третьих странах:

да/нет если да, укажите где

год

1. **Očkovanie:**

***Прививки:***

Uveďte, kedy ste boli očkovaní proti Tetanu? Rok:

Укажите, когда и были ли привиты проти столбняка ? Год?

Aké iné očkovania ste absolvovali v poslednom období?

Какие прививки Вы получали за последнее время?

Očkovanie: Rok:

Прививки: год

Očkovanie: Rok:

Прививки: год

1. **Alergická anamnéza:**

***Аллергическая история:***

Lieky: áno/nie ak áno, uveďte na aké:

*Лекарства: да/нет если укажите какие:*

Potraviny: áno/nie ak áno, uveďte na aké:

*Продукты: да/нет если укажите какие:*

Chemické látky: áno/nie ak áno, uveďte na čo:

*Химические вещества: да/нет если укажите какие:*

Uštipnutie hmyzom: áno/nie ak áno, uveďte akým:

*Укус насекомыми: да/нет если да, укажите какими:*

Ostatné alergény: áno/nie ak áno, uveďte na aké:

Другие аллергены: да/нет если да, укажите какие:

1. **Lieková anamnéza:**

**Лечебная история:**

Uveďte lieky, ktoré pravidelne užívate, vrátane ich dávkovania:

Укажите лекарства, которые принимаете, включая дозы:

Užívate aj potravinové doplnky/vitamínové preparáty/fytofarmaká?

ak áno, uveďte názov a dávkovanie:

Употребляете ли продуктовые дополнения /витаминные препараты/фитофармакологии:

1. **Závislosti:**

***Зависимость:***

Uveďte koľko a čoho denne požívate:

Укажите сколько и чего каждый день принимаете:

Káva: \_\_ denne

Кофе: каждый день

Fajčenie: cigarety: \_ denne elektronická cigareta: \_\_\_\_\_\_ denne

cigary: \_ denne fajka: \_\_\_\_\_ denne

Курение: сигареты …………. каждый день элетронная сигарета …………… каждый день

сигары……………… каждый день трубка……… каждый день

Ak fajčíte, pokúšali ste sa prestať fajčiť? áno/nie

Если курите, пытались ли Вы прекратить курение? да/нет

Alkohol (aký a ako často):

Алкоголь (какой, как часто):

Lieky, okrem tých, ktoré pravidelne užívate (aké a ako často):

Лекарства, кроме тех, которые регулярно принимаете ( какие и как часто)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Drogy (aké a ako často):

Наркотики (какие и как часто )

Patologické hráčstvo: áno/nie

Азартные игры : да /нет

1. **Fyziologické funkcie:**

Физиологические функции:

Močenie bez ťažkostí: áno/nie ak nie, uveďte ťažkosti:

Мочение без тяжестей: да/нет если нет, укажите тяжести:

Stolica: formovaná: áno/nie hnedej farby: áno/nie bez prímesi krvi: áno/nie pravidelne: krát denne/týždenne

Стул: формированный: да/нет коричневого цвета: да/нет без крови: да/нет регулярно: раз в день / еженедельно

Dýchanie bez ťažkostí: áno/nie ak nie, uveďte ťažkosti:

Дыхание без тяжестей: да/нет

Bolesť na hrudníku: áno/nie

Болезнь в груди: да/нет

Pohyblivosť: bez obmedzenia/s obmedzením (uveďte druh používanej kompenzačnej pomôcky):

Движение: без ограничений с ограничениями (укажите вид использованного компенсированного средства ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Športujete: áno/nie ak áno, uveďte druh pohybovej aktivity a jej frekvenciu:

Занимаетесь спортом: да/нет если да, укажите вид двигательной деятельности и ее частоту:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Výška: cm

Рост: см

Hmotnosť: kg

Вес: кг

KS + Rh faktor uveďte len ak ju je možné verifikovať dokladom alebo výsledkom z vyšetrenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KS+Rh фaктор, укажите в случае предоставления документации или результатом анализа:

1. **Sociálna a pracovná anamnéza:**

***Социальная и трудовая история :***

Bývate v dome/v bezbariérovom dome/v byte s výťahom/v byte bez výťahu?

*Живёте в доме /в безбарьерном доме / в квартире с лифтом /в квартире без лифта?*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podmienky bývania: vyhovujúce/nevyhovujúce

*Условия жилья: подходящие/ не подходящие*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chováte v domácom prostrední zvieratá? áno/nie аk áno, uveďte aké:

*Живут ли в домашней среде домашние животные? да/нет если да, укажите какие* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ukončené vzdelanie: základné/stredoškolské/vysokoškolské

Оконченное образование: начальное /среднее / высшее----------------------------------------------------- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sociálne postavenie: zamestnaný/nezamestnaný/dôchodca/invalidný dôchodca/materská dovolenka

Социальный статус: работает/ не работает/ пенсионер/ пенсия по инвалидности/ декретный отпуск

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uveďte predchádzajúce, a aj terajšie zamestnanie:

Укажите предыдущее и настоящее место работы:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Existujú obmedzenia, vyplývajúce zo sociálnej oblasti alebo z výkonu povolania, vzťahujúce sa k Vášmu zdravotnému stavu?

áno/nie

ak áno, uveďte aké: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Существуют ли ограничения, выплывающие из социальной области или с выполнением специальности, имеющей отношение к Вашему состоянию здоровья?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Spirituálna anamnéza:**

***Чувствительная история:***

Existujú obmedzenia, vyplývajúce z Vášho vierovyznania, vzťahujúce sa k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti?

áno/nie

ak áno, uveďte aké: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Существуют ли ограничения, вытекающие из Вашего вероисповедания, имеющие отношение к предоставлению медицинской помощи

да/нет

если да, укажите какие: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Terajšie ťažkosti:**

***Настоящие проблемы:***

Cítite sa byť zdravý? áno/nie ak nie, uveďte aktuálne zdravotné ťažkosti (napr.: bolesti, nechuť do jedla, zvýšená telesná teplota, hnačky, atď.):

Чувствуете себя быть здоровым:

да/нет если нет, укажите актуальные проблемы состояния здоровья (напр. боль, отсутствие аппетита, повышенная температура, понос и т.д.

**Čestné vyhlásenie:**

**Заявление:**

Na základe slobodného rozhodnutia vedome vyjadrujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

*На основе свободного решения сознательно выражаю своё согласие на обработку моих личных данных, руководствуясь Сборником законов № 18/2018 Об охране личных данных в последней редакции.*

Potvrdzujem svojim podpisom, že som nezamlčal nič o svojom zdravotnom stave a že všetky uvedené údaje sú pravdivé.

*Настоящим, подтверждаю своей подписью, что ничего не скрыл/а о своём состоянии здоровья и что все данные, указанные мною правдивы.*

Dátum vyplnenia:

Дата заполнения анкеты:

Meno, priezvisko, tituly a podpis klienta:

Имя, фамилия, звание подпись клиента: