

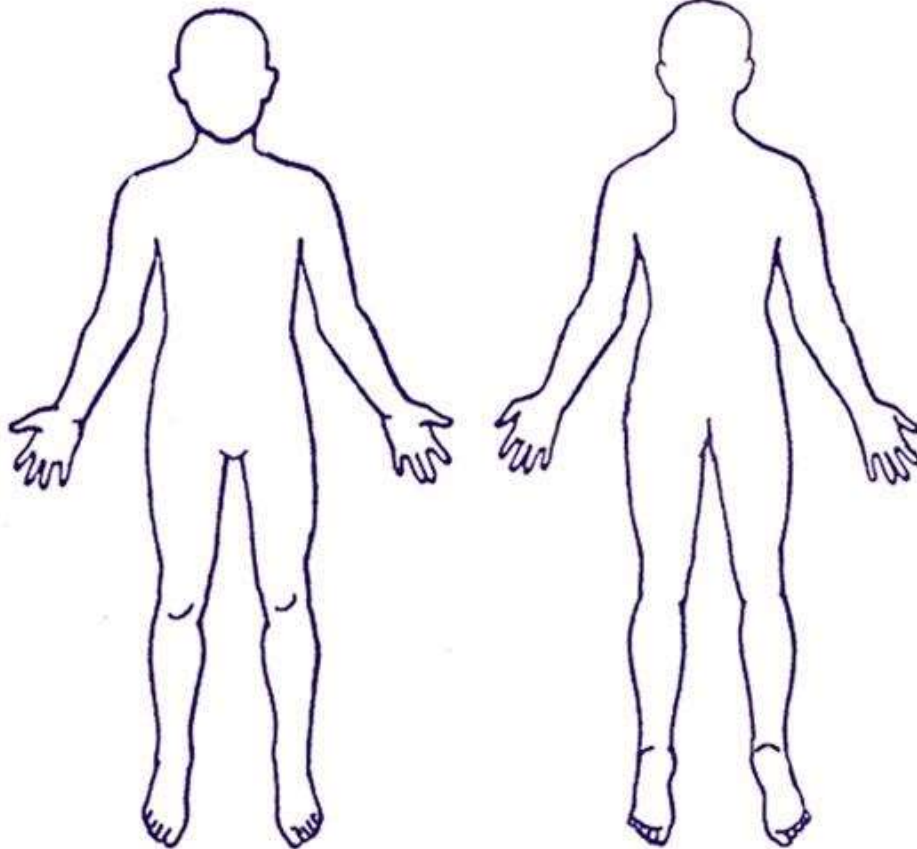
English	Slovak/Slovenčina
<p><b>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</b></p>	<p><b>Dotazník pre nových pacientov, ktorí migrujú do Spojeného kráľovstva</b></p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p>This questionnaire is to collect information about your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p>Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p>Každý má právo na lekársku starostlivosť. Ak sa chcete zaregistrovať u lekára, nemusíte zadávať adresu, štatút migranta, číslo OP alebo číslo NHS (National Health Service – Štátna zdravotná služba).</p> <p>Dotazník zhromažďuje informácie o vašom zdravotnom stave, aby zdravotnícki pracovníci v ambulancii mohli posúdiť, akú liečbu a odborné služby môžete potrebovať v súlade so zásadami dôvernosti a ochrany osobných údajov Štátnej zdravotnej služby.</p> <p>Váš všeobecný lekár nesprístupní žiadne informácie, ktoré mu poskytnete, na iné účely ako na priamu starostlivosť o vás, pokiaľ: ste s tým nesúhlasili (napr. na účely lekárskeho výskumu) alebo to vyžaduje zákon (napr. na ochranu iných osôb pred vážnou ujmov), alebo preto, že existuje nadradený verejný záujem (napr. môžete prenášať ochorenie). Bližšie informácie o tom, ako váš všeobecný lekár použije osobné údaje, získate v ambulancii.</p> <p>Odpovede odovzdajte v ambulancii všeobecného lekára.</p>
<p><b>Section one: Personal details</b></p>	<p><b>Prvá časť: Osobné údaje</b></p>
<p>Full name:</p>	<p>Meno a priezvisko:</p>
<p>Address:</p>	<p>Adresa:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>Telefónne číslo:</p>

Email address:	E-mailová adresa:
<b>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</b>	<b>Odpovedzte na otázky a označte všetky odpovede, ktoré sa vás týkajú.</b>
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 Dátum vyplnenia dotazníka:
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 Ktorá z nasledujúcich možností vás najlepšie vystihuje? <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/> Nechcem uviesť
1.3 Is this the same gender you were given at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.3 Ide o rovnaké pohlavie, aké ste dostali pri narodení? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nechcem uviesť
<b>Date of birth:</b> Date _____ Month _____ Year _____	1.4 Dátum narodenia: Deň _____ Mesiac _____ Rok _____
1.5 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion	1.5 Vierovyznanie: <input type="checkbox"/> Budhizmus <input type="checkbox"/> Kresťanstvo <input type="checkbox"/> Hinduizmus <input type="checkbox"/> Judaizmus <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Iné vierovyznanie <input type="checkbox"/> Bez vierovyznania
1.6 Marital status: <input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above	1.6 Rodinný stav <input type="checkbox"/> Manžel(-ka)/registrovaný (-á) partner(-ka) <input type="checkbox"/> Rozvedený(-á) <input type="checkbox"/> Vdova/Vdovec <input type="checkbox"/> Žiadne z uvedených
1.7 Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex)	1.7 Sexuálna orientácia: <input type="checkbox"/> Heterosexuálna (orientácia na opačné pohlavie)

<input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex) <input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females) <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Homosexuálna (orientácia na rovnaké pohlavie) <input type="checkbox"/> Bisexuálna (orientácia na mužov aj ženy) <input type="checkbox"/> Nechcem uviesť <input type="checkbox"/> Iné
<p>1.8 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other	<p>1.8 Primárny jazyk:</p> <input type="checkbox"/> Albánčina <input type="checkbox"/> Ruština <input type="checkbox"/> Arabčina <input type="checkbox"/> Tigríňa <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrajínčina <input type="checkbox"/> Angličtina <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Perzština <input type="checkbox"/> Vietnamčina <input type="checkbox"/> Iný
<p>1.9 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	<p>1.9 Sekundárny jazyk:</p> <input type="checkbox"/> Albánčina <input type="checkbox"/> Ruština <input type="checkbox"/> Arabčina <input type="checkbox"/> Tigríňa <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrajínčina <input type="checkbox"/> Angličtina <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Perzština <input type="checkbox"/> Vietnamčina <input type="checkbox"/> Iný <input type="checkbox"/> Žiadny
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.10 Potrebujete tlmočníka?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
<p>1.11 Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference.</p> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	<p>1.11 Uprednostňujete tlmočníka alebo tlmočnicu? Upozorňujeme, že dostupnosť tlmočníkov ovplyvňuje, či vyhovieme vašej požiadavke.</p> <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Je mi to jedno
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading	<p>1.12 Viete vo vašom materinskom jazyku čítať?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Mám problémy pri čítaní
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	<p>1.13 Viete vo vašom materinskom jazyku písať?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Mám problémy pri písaní
<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No	<p>1.14 Potrebujete pomoc v posunkovej reči?</p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno								
<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p> <table border="1" data-bbox="153 448 804 1588"> <tr> <td data-bbox="153 448 437 1016"> Name:   Contact telephone number:   Address: </td> <td data-bbox="437 448 804 1016"> <u>Next of kin</u> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="153 1016 437 1588"> Name:   Contact telephone number:   Address: </td> <td data-bbox="437 1016 804 1588"> Emergency contact (if different) </td> </tr> </table>	Name:  Contact telephone number:  Address:	<u>Next of kin</u>	Name:  Contact telephone number:  Address:	Emergency contact (if different)	<p>1.15 Uved'te údaje o vašom najbližšom príbuznom a/alebo osobe, ktorú môžeme kontaktovať v prípade núdze:</p> <table border="1" data-bbox="826 448 1477 1447"> <tr> <td data-bbox="826 448 1110 945"> Meno:   Telefónne číslo:   Adresa: </td> <td data-bbox="1110 448 1477 945"> <u>Príbuzný</u> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="826 945 1110 1447"> Meno:   Telefónne číslo:   Adresa: </td> <td data-bbox="1110 945 1477 1447"> Núdzový kontakt (ak ide o inú osobu) </td> </tr> </table>	Meno:  Telefónne číslo:  Adresa:	<u>Príbuzný</u>	Meno:  Telefónne číslo:  Adresa:	Núdzový kontakt (ak ide o inú osobu)
Name:  Contact telephone number:  Address:	<u>Next of kin</u>								
Name:  Contact telephone number:  Address:	Emergency contact (if different)								
Meno:  Telefónne číslo:  Adresa:	<u>Príbuzný</u>								
Meno:  Telefónne číslo:  Adresa:	Núdzový kontakt (ak ide o inú osobu)								
Section two: Health questions	Druhá časť: Zdravie								
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.1 Cítite sa momentálne zle? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno								
2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.2 Potrebujete urgentnú zdravotnú pomoc? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno								

<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Weight loss</li> <li><input type="checkbox"/> Cough</li> <li><input type="checkbox"/> Coughing up blood</li> <li><input type="checkbox"/> Night sweats</li> <li><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</li> <li><input type="checkbox"/> Breathing problems</li> <li><input type="checkbox"/> Fevers</li> <li><input type="checkbox"/> Diarrhoea</li> <li><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</li> <li><input type="checkbox"/> Blood in your urine</li> <li><input type="checkbox"/> Blood in your stool</li> <li><input type="checkbox"/> Headache</li> <li><input type="checkbox"/> Pain</li> <li><input type="checkbox"/> Low mood</li> <li><input type="checkbox"/> Anxiety</li> <li><input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares</li> <li><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</li> <li><input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions</li> <li><input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul>	<p>2.3 Prejavujú sa momentálne u vás nasledujúce príznaky? <i>Označte všetky, ktoré sa prejavujú</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Úbytok tel. hmotnosti</li> <li><input type="checkbox"/> Kašeľ</li> <li><input type="checkbox"/> Vykašliavanie krvi</li> <li><input type="checkbox"/> Potenie sa v noci</li> <li><input type="checkbox"/> Extrémna únava</li> <li><input type="checkbox"/> Problémy s dýchaním</li> <li><input type="checkbox"/> Horúčky</li> <li><input type="checkbox"/> Hnačka</li> <li><input type="checkbox"/> Kožné ochorenia a vyrážky</li> <li><input type="checkbox"/> Krv v moči</li> <li><input type="checkbox"/> Krv v stolici</li> <li><input type="checkbox"/> Bolesť hlavy</li> <li><input type="checkbox"/> Bolesť</li> <li><input type="checkbox"/> Zlá nálada</li> <li><input type="checkbox"/> Úzkosť</li> <li><input type="checkbox"/> Neprijemné spomienky alebo nočné mory</li> <li><input type="checkbox"/> Problémy so spánkom</li> <li><input type="checkbox"/> Pocit, že nedokážete kontrolovať svoje myšlienky a činy</li> <li><input type="checkbox"/> Pocit, že si chcete ublížiť alebo sa pripraviť o život</li> <li><input type="checkbox"/> Iné</li> </ul>
<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>	<p>2.4 Na obrázku vyznačte, v ktorých oblastiach tela sa vyskytujú vaše zdravotné problémy</p>









<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.5 Máte pretrvávajúce zdravotné problémy, o ktorých viete?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Áno</p>
<p>2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Blood disorder</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Dental problems</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Eye problems</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV or AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p>	<p>2.6 Trpeli ste alebo trpíte nasledujúcimi ochoreniami? Označte všetky relevantné možnosti</p> <p><input type="checkbox"/> Artritída</p> <p><input type="checkbox"/> Astma</p> <p><input type="checkbox"/> Ochorenia krvi</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Porucha červených krviniek</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Talasémia</p> <p><input type="checkbox"/> Rakovina</p> <p><input type="checkbox"/> Ochorenia zubov</p> <p><input type="checkbox"/> Cukrovka</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia</p> <p><input type="checkbox"/> Ochorenia očí</p> <p><input type="checkbox"/> Srdcové ochorenia</p> <p><input type="checkbox"/> Žltáčka typu B</p> <p><input type="checkbox"/> Žltáčka typu C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV alebo AIDS</p>

<input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Low mood/depression</li> <li><input type="checkbox"/> Anxiety</li> <li><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</li> <li><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</li> <li><input type="checkbox"/> Attempted suicide</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul> <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Vysoký krvný tlak <input type="checkbox"/> Ochorenia obličiek <input type="checkbox"/> Ochorenia pečene <input type="checkbox"/> Dlhodobé ochorenie pľúc/t'ažkosti s dýchaním <input type="checkbox"/> Duševné choroby <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zlá nálada/depresia</li> <li><input type="checkbox"/> Úzkosť</li> <li><input type="checkbox"/> Posttraumatická stresová porucha (PTSD)</li> <li><input type="checkbox"/> Predchádzajúce sebapoškodzovanie</li> <li><input type="checkbox"/> Pokus o samovraždu</li> <li><input type="checkbox"/> Iné</li> </ul> <input type="checkbox"/> Osteoporóza <input type="checkbox"/> Kožná choroba <input type="checkbox"/> Mŕtvica <input type="checkbox"/> Ochorenie štítnej žľazy <input type="checkbox"/> Tuberkulóza (TBC) <input type="checkbox"/> Iné
2.7 Have you ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 Podstúpili ste operáciu/chirurgický zákrok? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this? <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago <input type="checkbox"/> Over 3 years ago	2.8 Ak áno, kedy ste podstúpili operáciu/chirurgický zákrok? <input type="checkbox"/> Za posledných 12 mesiacov <input type="checkbox"/> Pred 1 – 3 rokmi <input type="checkbox"/> Pred viac ako 3 rokmi
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.9 Máte fyzické poranenia z vojny, konfliktu alebo týrania? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.10 Trpíte duševnými chorobami? Môžu byť tieto problémy spôsobené vojnou, konfliktom, týraním alebo skutočnosťou, že ste museli odísť zo svojej krajiny? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
2.11 Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply	2.11 Niektoré zdravotné problémy sa môžu vyskytovať v rodine. Trpel alebo trpí niekto z vašich najbližších príbuzných (otec, matka, súrodenci a starí rodičia) niektorou z nasledujúcich chorôb? Označte všetky relevantné možnosti

<input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Rakovina <input type="checkbox"/> Cukrovka <input type="checkbox"/> Depresia/duševné choroby <input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Vysoký krvný tlak <input type="checkbox"/> Mŕtvica <input type="checkbox"/> Iné								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i>  <b>Please bring any prescriptions or medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="153 768 778 1126"> <thead> <tr> <th data-bbox="153 768 568 808">Name</th> <th data-bbox="568 768 778 808">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="153 808 568 1126"></td> <td data-bbox="568 808 778 1126"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 Užívate lieky na predpis?  <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Áno – <i>nižšie uvedte lieky na predpis a ich dávky</i>  <b>Na stretnutie si prineste všetky predpisy alebo lieky.</b></p> <table border="1" data-bbox="836 768 1461 1126"> <thead> <tr> <th data-bbox="836 768 1238 808">Názov</th> <th data-bbox="1238 768 1461 808">Dávka</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="836 808 1238 1126"></td> <td data-bbox="1238 808 1461 1126"></td> </tr> </tbody> </table>	Názov	Dávka		
Name	Dose								
Názov	Dávka								
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 Obávate sa, že vám v najbližších týždňoch dôjde niektorý z uvedených liekov?  <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Áno</p>								
<p>2.14 Do you take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i>  <b>Please bring any medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="153 1738 778 1771"> <thead> <tr> <th data-bbox="153 1738 568 1771">Name</th> <th data-bbox="568 1738 778 1771">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="153 1771 568 1771"></td> <td data-bbox="568 1771 778 1771"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 Užívate nejaké lieky, ktoré vám nepredpísal zdravotnícky pracovník, napr. lieky, ktoré ste si kúpili v lekárni/obchode/na internete alebo zo zahraničia?  <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Áno – <i>uvedte lieky a ich dávky v nasledujúcom poli</i>  <b>Na stretnutie si prineste všetky lieky</b></p> <table border="1" data-bbox="836 1738 1461 1771"> <thead> <tr> <th data-bbox="836 1738 1238 1771">Názov</th> <th data-bbox="1238 1738 1461 1771">Dávka</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="836 1771 1238 1771"></td> <td data-bbox="1238 1771 1461 1771"></td> </tr> </tbody> </table>	Názov	Dávka		
Name	Dose								
Názov	Dávka								



2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.15 Máte alergiu na nejaké lieky? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	
2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.16 Máte alergiu na niečo iné (napr. jedlo, poštípanie hmyzom, latexové rukavice)? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.17 Máte telesné postihnutie alebo problémy s pohybom? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	
2.18 Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems		2.18 Máte zmyslové poruchy? <i>Označte všetky relevantné možnosti</i> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Slepota <input type="checkbox"/> Čiastočná strata zraku <input type="checkbox"/> Úplná strata sluchu <input type="checkbox"/> Čiastočná strata sluchu <input type="checkbox"/> Strata čuchu/sluchu	
2.19 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.19 Máte problémy s učením? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	
2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.20 Chcete prebrať nejakú konkrétnu súkromnú záležitosť so zdravotníckym pracovníkom na najbližšom stretnutí? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	
<b>Section three: Lifestyle questions</b>		<b>Tretia časť: Životný štýl</b>	
3.1 How often do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Monthly or less		3.1 Ako často pijete alkohol? <input type="checkbox"/> Nikdy <input type="checkbox"/> Raz za mesiac alebo menej často	

<input type="checkbox"/> 2-4 times per month <input type="checkbox"/> 2-3 times per week <input type="checkbox"/> 4 or more times per week  <p><i>There is <b>1 unit</b> of alcohol in:</i></p>  <i>½ pint glass of beer</i>   <i>1 small glass of wine</i>   <i>1 single measure of spirits</i>	<input type="checkbox"/> 2 až 4-krát za mesiac <input type="checkbox"/> 2 až 3-krát za týždeň <input type="checkbox"/> 4 a viackrát za týždeň  <p><b>1 jednotka alkoholu sa rovná týmto nápojom:</b></p>  <i>1 malé pivo</i>   <i>1 malý pohár vína</i>   <i>1 dávka liehoviny</i>
<p>a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 or more	<p>b. Koľko jednotiek alkoholu denne vypijete?</p> <input type="checkbox"/> 0 – 2 <input type="checkbox"/> 3 – 4 <input type="checkbox"/> 5 – 6 <input type="checkbox"/> 7 – 9 <input type="checkbox"/> 10 a viac
<p>c. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Less than monthly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily	<p>d. Ako často ste za posledný rok vypili 6 a viac jednotiek, ak ste žena, alebo 8 a viac jednotiek, ak ste muž?</p> <input type="checkbox"/> Nikdy <input type="checkbox"/> Menej ako každý mesiac <input type="checkbox"/> Každý mesiac <input type="checkbox"/> Každý týždeň <input type="checkbox"/> Každý deň alebo skoro každý deň
<p>e. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p>	<p>f. Užívate drogy, ktoré môžu škodiť vášmu zdraviu, napr. marihuanu, kokaín, heroín?</p>

<input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Nikdy <input type="checkbox"/> Občas <input type="checkbox"/> Áno
<p>g. Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____	<p>h. Fajčíte?</p> <input type="checkbox"/> Nikdy <input type="checkbox"/> Občas <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Cigarety Koľko ich vyfajčíte za deň? _____
<p>i. Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>j. Žujete tabak?</p> <input type="checkbox"/> Nikdy <input type="checkbox"/> Občas <input type="checkbox"/> Áno
<p><b>Section four: Vaccinations</b></p>	<p><b>Štvrtá časť: Očkovanie</b></p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?  <b><i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 Absolvovali ste v detstve všetky očkovania, ktoré ponúka vaša krajina pôvodu?  <b><i>Ak máte záznamy o očkovaní, prineste ich na najbližšie stretnutie.</i></b></p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neviem
<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.2 Očkovali ste sa proti tuberkulóze (TBC)?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neviem
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p>	<p>4.3 Očkovali ste sa proti ochoreniu COVID-19?</p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> 1 dávka <input type="checkbox"/> 2 dávky <input type="checkbox"/> 3 dávky <input type="checkbox"/> Viac ako 3 dávky <input type="checkbox"/> Neviem
<p><b>Section five: Questions for female patients only</b></p>	<p><b>Piata časť: Otázky výhradne pre ženy</b></p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes How many weeks pregnant are you? _____	<p>5.1 Ste tehotná?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Neviem presne <input type="checkbox"/> Áno Ako dlho ste tehotná? _____
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes What method do you use? <input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. <i>condoms, gel</i> <input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill <input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD) <input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. <i>Mirena</i> <input type="checkbox"/> Contraceptive injection <input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other	<p>5.2 Používate antikoncepciu?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno Akú formu antikoncepcie používate? <input type="checkbox"/> Ochranné antikoncepčné prostriedky – <i>napr. kondómy, gél</i> <input type="checkbox"/> Perorálna antikoncepcia <input type="checkbox"/> Medená cievka/vnútromaternicové teliesko <input type="checkbox"/> Hormonálna cievka/vnútromaternicový systém – <i>napr. Mirena</i> <input type="checkbox"/> Antikoncepčná injekcia <input type="checkbox"/> Antikoncepčný implantát <input type="checkbox"/> Iné
<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.3 Potrebujete urgentne nejakú formu antikoncepcie?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
<p>5.4 Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.4 Absolvovali ste niekedy výter z krčka alebo vyšetrenie pomocou výteru? Ide o vyšetrenie, pri ktorom lekár kontroluje stav krčka maternice, vďaka čomu môžete predísť rakovine krčka maternice.</p> <input type="checkbox"/> Nie

<input type="checkbox"/> I would like to be given more information	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Chcela by som získať viac informácií
5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.5 Podstúpili ste hysterektómiu (operáciu na odstránenie maternice a krčka maternice)? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
5.6 As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.6 Chcete ako pacientka prediskutovať konkrétnu súkromnú záležitosť so zdravotníckym pracovníkom na najbližšom stretnutí? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
If there is something that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment.	Ak si nie ste istá niektorými záležitosťami týkajúcimi sa tohto formulára a chceli by ste sa poradiť so svojim lekárom, zavolajte mu a dohodnite si stretnutie.