

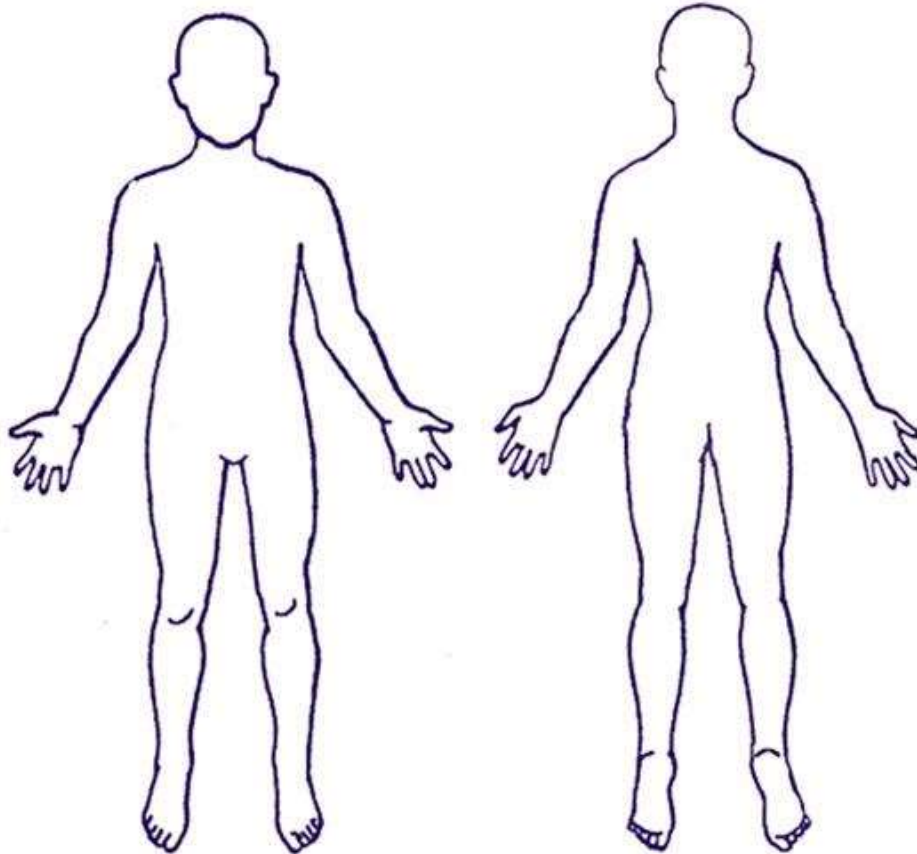
English	Slovak
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>Dotazník pre nových pacientov, ktorí migrujú do Spojeného kráľovstva – deti a mládež</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP</p> <p>This questionnaire is to collect information about children's health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</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 zdravotnom stave dieťaťa, 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>Spôsobilí ľudia mladší ako 18 rokov môžu vyplniť verziu dotazníka pre dospelých.</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 od neho vyžaduje zákon (napr. na ochranu iných osôb pred vážnou ujmom), 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>

Person completing	Osoba, ktorá vyplňa dotazník
Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	Dotazník vyplňa: <input type="checkbox"/> Rodič dieťaťa <input type="checkbox"/> Opatrovateľ/právny zástupca dieťaťa
Section one: Personal details	Prvá časť: Osobné údaje
Child's full name:	Meno a priezvisko dieťaťa:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	Dátum narodenia dieťaťa: Deň _____ Mesiac _____ Rok _____
Child's address:	Adresa dieťaťa:
Mother's name:	Meno matky:
Father's name:	Meno otca:
Contact telephone number(s):	Telefónne číslo(-a):
Email address:	E-mailová adresa:
Please tick all the answer boxes that apply to your child.	Označte všetky odpovede týkajúce sa vášho dieťaťa.

<p>1.1 Which of the following best describes your child:</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.1 Ktorá z nasledujúcich možností najpresnejšie vystihuje vaše dieťa:</p> <p><input type="checkbox"/> Muž</p> <p><input type="checkbox"/> Žena</p> <p><input type="checkbox"/> Iné</p> <p><input type="checkbox"/> Nechcem uviesť</p>
<p>1.2 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist</p> <p><input type="checkbox"/> Christian</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Jewish</p> <p><input type="checkbox"/> Muslim</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Other religion</p> <p><input type="checkbox"/> No religion</p>	<p>1.2 Vierovyznanie:</p> <p><input type="checkbox"/> Budhizmus</p> <p><input type="checkbox"/> Kresťanstvo</p> <p><input type="checkbox"/> Hinduizmus</p> <p><input type="checkbox"/> Judaizmus</p> <p><input type="checkbox"/> Islam</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Iné vierovyznanie</p> <p><input type="checkbox"/> Bez vierovyznania</p>
<p>1.3 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p>	<p>1.3 Primárny jazyk:</p> <p><input type="checkbox"/> Albánčina</p> <p><input type="checkbox"/> Arabčina</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> Angličtina</p> <p><input type="checkbox"/> Perzština</p> <p><input type="checkbox"/> Iný</p> <p><input type="checkbox"/> Ruština</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrňa</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrajínčina</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamčina</p>
<p>1.4 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.4 Sekundárny jazyk:</p> <p><input type="checkbox"/> Albánčina</p> <p><input type="checkbox"/> Arabčina</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> Angličtina</p> <p><input type="checkbox"/> Perzština</p> <p><input type="checkbox"/> Iný</p> <p><input type="checkbox"/> Ruština</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrňa</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrajínčina</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamčina</p> <p><input type="checkbox"/> Žiadny</p>
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>1.5 Potrebuje vaše dieťa tlmočníka?</p> <p><input type="checkbox"/> Áno</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.6 Potrebuje vaše dieťa pomoc v posunkovej reči?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Áno</p>
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <p><input type="checkbox"/> Mother</p> <p><input type="checkbox"/> Father</p> <p><input type="checkbox"/> Brother(s)</p> <p>How many?</p>	<p>1.7 Kto žije s vašim dieťaťom v spoločnej domácnosti v Spojenom kráľovstve?</p> <p><input type="checkbox"/> Matka</p> <p><input type="checkbox"/> Otec</p> <p><input type="checkbox"/> Brat(-ia)</p> <p>Koľko?</p>

<p>What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sister(s)</p> <p> <input type="checkbox"/> How many? _____</p> <p> <input type="checkbox"/> What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p> <input type="checkbox"/> How many? _____</p>	<p>V akom veku? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sestra (-y)</p> <p> <input type="checkbox"/> Koľko? _____</p> <p> <input type="checkbox"/> V akom veku? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Iná osoba</p> <p> <input type="checkbox"/> Koľko? _____</p>
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p> <input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age</p> <p> <input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school</p> <p> <input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place</p> <p><input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school</p> <p>_____</p>	<p>1.8 Navštevuje vaše dieťa materskú škôlku alebo školu?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p> <input type="checkbox"/> Moje dieťa je mladšie ako 2 roky</p> <p> <input type="checkbox"/> Podali sme žiadosť o miesto, ale ešte nám nepridelili škôlku/školu</p> <p> <input type="checkbox"/> Chcel(a) by som získať informácie o tom, kde získam pomoc s podávaním žiadosti o miesto v škôlke alebo škole</p> <p><input type="checkbox"/> Áno – napíšte názov škôlky alebo školy</p> <p>_____</p>
<p>Section two: Health questions</p>	<p>Druhá časť: Zdravie</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 Máte nejaké obavy týkajúce sa zdravia vášho dieťaťa?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Áno</p>
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 Cíti sa vaše dieťa momentálne zle?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Áno</p>
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 Potrebuje vaše dieťa urgentnú zdravotnú pomoc?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Áno</p>
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p> <p><input type="checkbox"/> Breathing problems</p> <p><input type="checkbox"/> Fevers</p>	<p>2.4 Prejavujú sa momentálne u vášho dieťaťa nasledujúce príznaky? Označte všetky relevantné možnosti</p> <p><input type="checkbox"/> Úbytok tel. hmotnosti</p> <p><input type="checkbox"/> Kašeľ</p> <p><input type="checkbox"/> Vykašliavanie krvi</p> <p><input type="checkbox"/> Potenie sa v noci</p> <p><input type="checkbox"/> Extrémna únava</p> <p><input type="checkbox"/> Problémy s dýchaním</p> <p><input type="checkbox"/> Horúčky</p>

<input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in their urine <input type="checkbox"/> Blood in their stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Hnačka <input type="checkbox"/> Zápcha <input type="checkbox"/> Kožné ochorenia a vyrážky <input type="checkbox"/> Krv v moči <input type="checkbox"/> Krv v stolici <input type="checkbox"/> Bolesť hlavy <input type="checkbox"/> Bolesť <input type="checkbox"/> Zlá nálada <input type="checkbox"/> Úzkosť <input type="checkbox"/> Neprijemné spomienky alebo nočné mory <input type="checkbox"/> Problémy so spánkom <input type="checkbox"/> Pociť, že si chce ublížiť alebo sa pripraviť o život <input type="checkbox"/> Iné
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 Na obrázku vyznačte, v ktorých oblastiach tela sa vyskytujú zdravotné problémy vášho dieťaťa</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.6 Narodilo sa vaše dieťa predčasne (predčasné narodenie – pred 37. týždňom tehotenstva/skôr ako po 8,5 mesiaci)?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
---	--

<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.7 Malo vaše dieťa krátko po pôrode zdravotné problémy napr. dýchacie problémy, infekciu, poranenie mozgu?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno</p>
<p>2.8 New babies only (up to 3 months old): Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.8 Iba pre novorodencov (do 3 mesiacov): Absolvovalo vaše dieťa zdravotnú prehliadku u všeobecného lekára 6 – 8 týždňov po pôrode?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9 Má vaše dieťa zdravotné problémy, o ktorých viete?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno</p>
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia <input type="checkbox"/> Thalassaemia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Mental health problems <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.10 Trpí vaše dieťa niektorým z nasledujúcich ochorení? Označte všetky relevantné možnosti</p> <p><input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Ochorenia krvi <input type="checkbox"/> Porucha červených krviniek <input type="checkbox"/> Talasémia <input type="checkbox"/> Rakovina <input type="checkbox"/> Ochorenia zubov <input type="checkbox"/> Cukrovka <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Ochorenia očí <input type="checkbox"/> Ochorenia týkajúce sa uší, nosa alebo hrdla <input type="checkbox"/> Srdcové ochorenia <input type="checkbox"/> Žltáčka typu B <input type="checkbox"/> Žltáčka typu C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Ochorenia obličiek <input type="checkbox"/> Ochorenia pečene <input type="checkbox"/> Duševné choroby <input type="checkbox"/> Zlá nálada/depresia <input type="checkbox"/> Úzkosť <input type="checkbox"/> Posttraumatická stresová porucha (PTSD) <input type="checkbox"/> Predchádzajúce sebapoškodzovanie <input type="checkbox"/> Pokus o samovraždu <input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/> Kožná choroba <input type="checkbox"/> Ochorenie štítnej žľazy</p>

	<input type="checkbox"/> Tuberkulóza (TBC) <input type="checkbox"/> Iné
2.11 Has your child ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.11 Podstúpilo vaše dieťa operáciu/chirurgický zákrok? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.12 Má vaše dieťa fyzické poranenia z vojny, konfliktu alebo týrania? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
2.13 Does your child 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	2.13 Trpí vaše dieťa 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
2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.14 Má vaše dieťa telesné postihnutie alebo problémy s pohybom? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply <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	2.15 Má vaše dieťa zmyslové poruchy? Označte všetky relevantné možnosti <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
2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16 Myslíte si, že má vaše dieťa problémy s učením alebo so správaním? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 Máte obavy súvisiace s rastom vášho dieťaťa, napr. váhou/výškou? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
2.18 Babies only: Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.18 Iba pre bábätká: Máte s dieťaťom problémy pri kŕmení, prejavuje sa napr. zvracanie, reflux, odmietanie mlieka? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno

<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p> <p> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other </p>	<p>2.19 Trpel alebo trpí niekto z najbližších príbuzných dieťaťa (otec, matka, súrodenci a starí rodičia) niektorou z nasledujúcich chorôb?</p> <p> <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Rakovina <input type="checkbox"/> Depresia/duševné choroby <input type="checkbox"/> Cukrovka <input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Žltáčka typu B <input type="checkbox"/> Vysoký krvný tlak <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Problémy s učením <input type="checkbox"/> Mŕtvica <input type="checkbox"/> Tuberkulóza (TBC) <input type="checkbox"/> Iné </p>								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – <i>please list your child's prescribed medicines and doses in the box below</i> </p> <p>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 1265 777 1697"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 Užíva vaše dieťa lieky na predpis?</p> <p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno – <i>uvedte lieky predpísané vášmu dieťaťu a ich dávky v poli nižšie</i> </p> <p>Na stretnutie prineste všetky predpisy alebo lieky dieťaťa</p> <table border="1" data-bbox="825 1158 1452 1590"> <thead> <tr> <th>Názov</th> <th>Dávka</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Názov	Dávka		
Name	Dose								
Názov	Dávka								
<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes </p>	<p>2.21 Obávate sa, že vám v najbližších týždňoch dôjde niektorý z uvedených liekov?</p> <p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno </p>								

<p>2.22 Does your child 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?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below</p> <p>Please bring any medicines to your child’s appointment</p> <table border="1" data-bbox="151 694 778 1124"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22Užíva vaše dieťa nejaké lieky, ktoré mu nepredpísal zdravotnícky pracovník, napr. lieky, ktoré ste si kúpili v lekárni/obchode/na internete alebo zo zahraničia?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno – uveďte lieky a ich dávky v nasledujúcom poli</p> <p>Na stretnutie prineste všetky lieky dieťaťa</p> <table border="1" data-bbox="833 694 1460 1124"> <thead> <tr> <th>Názov</th> <th>Dávka</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Názov	Dávka		
Name	Dose								
Názov	Dávka								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23Má vaše dieťa alergiu na nejaké lieky?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno</p>								
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24Má vaše dieťa alergiu na niečo iné (napr. jedlo, poštípanie hmyzom, latexové rukavice)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno</p>								
<p>Section three: Vaccinations</p>	<p>Tretia časť: Očkovanie</p>								
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?</p> <p>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don’t know</p>	<p>3.1Absolvovalo vaše dieťa všetky očkovania, ktoré ponúka vaša krajina pôvodu v rámci veku dieťaťa?</p> <p>Ak máte záznamy o svojom očkovaní, prineste ich na nasledujúce stretnutie.</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neviem</p>								

<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 Očkovoalo sa vaše dieťa proti tuberkulóze (TBC)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Áno</p> <p><input type="checkbox"/> Nevie</p>
<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.3 Očkovoalo sa vaše dieťa proti ochoreniu COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Áno</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dávka</p> <p><input type="checkbox"/> 2 dávky</p> <p><input type="checkbox"/> 3 dávky</p> <p><input type="checkbox"/> Viac ako 3 dávky</p> <p><input type="checkbox"/> Nevie</p>
<p>If there is something relating to your child's health 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</p>	<p>Ak si nie ste istí niektorými záležitosťami týkajúcimi sa vášho dieťaťa a chceli by ste sa poradiť so svojím lekárom, zavolajte mu a dohodnite si stretnutie.</p>