|  |  |
| --- | --- |
| English | **Slovak/Slovenčina** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Dotazník pre nových pacientov, ktorí migrujú do Spojeného kráľovstva |
| 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. 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.   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.Return your answers to your GP practice. | 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). 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. 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 ujmou), 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.Odpovede odovzdajte v ambulancii všeobecného lekára. |
| Section one: Personal details | Prvá časť: Osobné údaje |
| Full name: | Meno a priezvisko: |
| Address:  | Adresa:  |
| Telephone number: | Telefónne číslo: |
| Email address: | E-mailová adresa: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Odpovedzte na otázky a označte všetky odpovede, ktoré sa vás týkajú.** |
| * 1. Date questionnaire completed:
 | 1.1Dátum vyplnenia dotazníka:  |
| 1.2 Which of the following best describes you? [ ] Male [ ] Female [ ] Other [ ] Prefer not to say  | 1.2 Ktorá z nasledujúcich možností vás najlepšie vystihuje? [ ] Muž [ ] Žena [ ] Iné [ ] Nechcem uviesť  |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?[ ] No[ ] Yes[ ] Prefer not to say  | 1.3 Ide o rovnaké pohlavie, aké ste dostali pri narodení?[ ] Nie[ ] Áno[ ] Nechcem uviesť  |
|  Date of birth: Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Dátum narodenia:Deň\_\_\_\_\_\_ Mesiac\_\_\_\_\_\_ Rok\_\_\_\_\_\_
 |
| 1.5 Religion: [ ] Buddhist [ ] Christian [ ] Hindu [ ] Jewish [ ] Muslim [ ] Sikh [ ] Other religion[ ] No religion | 1.5 Vierovyznanie: [ ] Budhizmus [ ] Kresťanstvo [ ] Hinduizmus [ ] Judaizmus [ ] Islam [ ] Sikh [ ] Iné vierovyznanie[ ] Bez vierovyznania |
| 1.6 Marital status:[ ] Married/civil partner [ ] Divorced [ ] Widowed [ ] None of the above | 1.6 Rodinný stav[ ] Manžel(-ka)/registrovaný (-á) partner(-ka) [ ] Rozvedený(-á) [ ] Vdova/Vdovec [ ] Žiadne z uvedených |
| * 1. Sexual Orientation:

[ ] Heterosexual (attracted to the opposite sex) [ ] Homosexual (attracted to the same sex) [ ] Bisexual (attracted to males and females) [ ] Prefer not to say[ ] Other | 1.7 Sexuálna orientácia: [ ] Heterosexuálna (orientácia na opačné pohlavie) [ ] Homosexuálna (orientácia na rovnaké pohlavie) [ ] Bisexuálna (orientácia na mužov aj ženy) [ ] Nechcem uviesť[ ] Iné |
| * 1. Main spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ] Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other |  |

 | 1.8Primárny jazyk:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albánčina | [ ] Ruština |
| [ ] Arabčina | [ ] Tigriňa |
| [ ] Dari | [ ] Ukrajinčina |
| [ ] Angličtina | [ ] Urdu |
| [ ] Perzština | [ ] Vietnamčina |
| [ ] Iný |  |

 |
| * 1. Second spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ]  Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other | [ ] None |

 | 1.9 Sekundárny jazyk:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albánčina | [ ] Ruština |
| [ ] Arabčina | [ ] Tigriňa |
| [ ] Dari | [ ] Ukrajinčina |
| [ ] Angličtina | [ ] Urdu |
| [ ] Perzština | [ ] Vietnamčina |
| [ ] Iný | [ ] Žiadny |

 |
| * 1. Do you need an interpreter?

[ ] No [ ] Yes  | 1.10Potrebujete tlmočníka? [ ] Nie [ ] Áno  |
| * 1. 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.

[ ] Male[ ] Female[ ] I don’t mind | 1.11Uprednostňujete tlmočníka alebo tlmočníčku? Upozorňujeme, že dostupnosť tlmočníkov ovplyvňuje, či vyhovieme vašej požiadavke.[ ] Muž[ ] Žena[ ] Je mi to jedno |
| 1.12 Are you able to read in your own language?[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty reading | 1.12 Viete vo vašom materinskom jazyku čítať?[ ] Nie[ ] Áno[ ] Mám problémy pri čítaní |
| * 1. Are you able to write in your own language?

[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty writing | 1.13Viete vo vašom materinskom jazyku písať?[ ] Nie[ ] Áno[ ] Mám problémy pri písaní |
| * 1. Do you need sign language support?

[ ] No[ ] Yes | 1.14Potrebujete pomoc v posunkovej reči?[ ] Nie[ ] Áno |
| * 1. Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:

|  |  |
| --- | --- |
| Name:Contact telephone number:Address: | Next of kin   |
| Name:Contact telephone number:Address: | Emergency contact (if different) |

 | 1.15Uveďte údaje o vašom najbližšom príbuznom a/alebo osobe, ktorú môžeme kontaktovať v prípade núdze:

|  |  |
| --- | --- |
| Meno:Telefónne číslo:Adresa: | Príbuzný   |
| Meno:Telefónne číslo:Adresa: | Núdzový kontakt (ak ide o inú osobu) |

 |
| Section two: Health questions | Druhá časť: Zdravie |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?

[ ] No [ ] Yes | 2.1Cítite sa momentálne zle?[ ] Nie [ ] Áno |
| Do you need an urgent help for your health problem?[ ] No [ ] Yes | 2.2Potrebujete urgentnú zdravotnú pomoc?[ ] Nie [ ] Áno |
| * 1. Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply*

[ ] Weight loss[ ] Cough[ ] Coughing up blood[ ] Night sweats[ ] Extreme tiredness[ ] Breathing problems[ ] Fevers[ ] Diarrhoea[ ] Skin complaints or rashes[ ] Blood in your urine[ ] Blood in your stool[ ] Headache[ ] Pain[ ] Low mood[ ] Anxiety[ ] Distressing flashbacks or nightmares[ ] Difficulty sleeping[ ] Feeling like you can’t control your thoughts or actions[ ] Feeling that you want to harm yourself or give up on life[ ] Other | 2.3Prejavujú sa momentálne u vás nasledujúce príznaky? *Označte všetky, ktoré sa prejavujú*[ ] Úbytok tel. hmotnosti[ ] Kašeľ[ ] Vykašliavanie krvi[ ] Potenie sa v noci[ ] Extrémna únava[ ] Problémy s dýchaním[ ] Horúčky[ ] Hnačka[ ] Kožné ochorenia a vyrážky[ ] Krv v moči[ ] Krv v stolici[ ] Bolesť hlavy[ ] Bolesť[ ] Zlá nálada[ ] Úzkosť[ ] Nepríjemné spomienky alebo nočné mory[ ] Problémy so spánkom[ ] Pocit, že nedokážete kontrolovať svoje myšlienky a činy[ ] Pocit, že si chcete ublížiť alebo sa pripraviť o život[ ] Iné |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)
 | 2.4Na obrázku vyznačte, v ktorých oblastiach tela sa vyskytujú vaše zdravotné problémy  |



|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?

[ ] No[ ] Yes | 2.5Máte pretrvávajúce zdravotné problémy, o ktorých viete?[ ] Nie[ ] Áno |
| * 1. Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply

[ ] Arthritis[ ] Asthma[ ] Blood disorder [ ] Sickle cell anaemia [ ] Thalassaemia[ ] Cancer[ ] Dental problems[ ] Diabetes[ ] Epilepsy[ ] Eye problems[ ] Heart problems[ ] Hepatitis B[ ] Hepatitis C[ ] HIV or AIDS[ ] High blood pressure[ ] Kidney problems[ ] Liver problems[ ] Long-term lung problem/breathing difficulties [ ] Mental health problems [ ] Low mood/depression[ ] Anxiety[ ] Post-traumatic stress disorder (PTSD)[ ] Previously self-harmed[ ] Attempted suicide[ ] Other [ ] Osteoporosis[ ] Skin disease[ ] Stroke[ ] Thyroid disease [ ] Tuberculosis (TB)[ ] Other  | 2.6Trpeli ste alebo trpíte nasledujúcimi ochoreniami? Označte všetky relevantné možnosti[ ] Artritída[ ] Astma[ ] Ochorenia krvi [ ] Porucha červených krviniek [ ] Talasémia[ ] Rakovina[ ] Ochorenia zubov[ ] Cukrovka[ ] Epilepsia[ ] Ochorenia očí[ ] Srdcové ochorenia[ ] Žltačka typu B[ ] Žltačka typu C[ ] HIV alebo AIDS[ ] Vysoký krvný tlak[ ] Ochorenia obličiek[ ] Ochorenia pečene[ ] Dlhodobé ochorenie pľúc/ťažkosti s dýchaním [ ] Duševné choroby [ ] Zlá nálada/depresia[ ] Úzkosť[ ] Posttraumatická stresová porucha (PTSD)[ ] Predchádzajúce sebapoškodzovanie[ ] Pokus o samovraždu[ ] Iné [ ] Osteoporóza[ ] Kožná choroba[ ] Mŕtvica[ ] Ochorenie štítnej žľazy [ ] Tuberkulóza (TBC)[ ] Iné  |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?

[ ] No[ ] Yes | 2.7Podstúpili ste operáciu/chirurgický zákrok?[ ] Nie[ ] Áno |
| * 1. If you have had an operation / surgery, how long ago was this?

[ ]  In the last 12 months[ ]  1 – 3 years ago[ ]  Over 3 years ago | 2.8Ak áno, kedy ste podstúpili operáciu/chirurgický zákrok?[ ]  Za posledných 12 mesiacov[ ]  Pred 1 – 3 rokmi[ ]  Pred viac ako 3 rokmi |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?

[ ] No[ ] Yes | 2.9Máte fyzické poranenia z vojny, konfliktu alebo týrania?[ ] Nie[ ] Áno |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?

[ ] No[ ] Yes | 2.10Trpíte duševnými chorobami? Môžu byť tieto problémy spôsobené vojnou, konfliktom, týraním alebo skutočnosťou, že ste museli odísť zo svojej krajiny?[ ] Nie[ ] Áno |
| * 1. 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

[ ] Cancer[ ] Diabetes[ ] Depression/Mental health illness[ ] Heart attack[ ] High blood pressure[ ] Stroke[ ] Other  | 2.11Niektoré 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[ ] Rakovina[ ] Cukrovka[ ] Depresia/duševné choroby[ ] Infarkt[ ] Vysoký krvný tlak[ ] Mŕtvica[ ] Iné  |
| * 1. Are you on any prescribed medicines?

[ ] No [ ] Yes *–please list* *your prescribed medicines and doses in the box below****Please bring any prescriptions or medications to your appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | 2.12Užívate lieky na predpis? [ ] Nie [ ] Áno *– nižšie uveďte lieky na predpis a ich dávky* ***Na stretnutie si prineste všetky predpisy alebo lieky.***

|  |  |
| --- | --- |
| *Názov*  | *Dávka* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?

[ ] No [ ] Yes  | 2.13Obávate sa, že vám v najbližších týždňoch dôjde niektorý z uvedených liekov? [ ] Nie [ ] Áno  |
| * 1. 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?

[ ] No [ ] Yes *–please list medicines and doses in the box below****Please bring any medications to your appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | 2.14Užívate nejaké lieky, ktoré vám nepredpísal zdravotnícky pracovník, napr. lieky, ktoré ste si kúpili v lekárni/obchode/na internete alebo zo zahraničia?[ ] Nie [ ] Áno *– uveďte lieky a ich dávky v nasledujúcom poli****Na stretnutie si prineste všetky lieky***

|  |  |
| --- | --- |
| *Názov*  | *Dávka* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you allergic to any medicines?

[ ] No [ ] Yes  | 2.15Máte alergiu na nejaké lieky?[ ] Nie [ ] Áno  |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?

[ ] No[ ] Yes | 2.16Máte alergiu na niečo iné (napr. jedlo, poštípanie hmyzom, latexové rukavice)? [ ] Nie[ ] Áno |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?

[ ] No[ ] Yes | 2.17Máte telesné postihnutie alebo problémy s pohybom? [ ] Nie[ ] Áno |
| * 1. Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply*

[ ] No[ ] Blindness[ ] Partial sight loss[ ] Full hearing loss [ ] Partial hearing loss[ ] Smell and/or taste problems | 2.18Máte zmyslové poruchy? *Označte všetky relevantné možnosti*[ ] Nie[ ] Slepota[ ] Čiastočná strata zraku[ ] Úplná strata sluchu [ ] Čiastočná strata sluchu[ ] Strata čuchu/sluchu |
| * 1. Do you have any learning difficulties?

[ ] No[ ] Yes | 2.19Máte problémy s učením?[ ] Nie[ ] Áno |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?

[ ] No[ ] Yes | 2.20Chcete prebrať nejakú konkrétnu súkromnú záležitosť so zdravotníckym pracovníkom na najbližšom stretnutí? [ ] Nie[ ] Áno |
| Section three: Lifestyle questions | Tretia časť: Životný štýl |
| * 1. How often do you drink alcohol?

 [ ] Never [ ] Monthly or less[ ] 2-4 times per month[ ] 2-3 times per week[ ] 4 or more times per week*There is* ***1 unit*** *of alcohol in:**½ pint glass of beer* *1 small glass of wine* 1. *single measure of spirits*
 | 3.1Ako často pijete alkohol? [ ] Nikdy [ ] Raz za mesiac alebo menej často[ ] 2 až 4-krát za mesiac[ ] 2 až 3-krát za týždeň[ ] 4 a viackrát za týždeň***1 jednotka alkoholu sa rovná týmto nápojom****:**1 malé pivo* *1 malý pohár vína* *1 dávka liehoviny*  |
| * 1. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?

[ ] 0-2[ ] 3-4[ ] 5-6[ ] 7-9[ ] 10 or more | * 1. Koľko jednotiek alkoholu denne vypijete?

[ ] 0 – 2[ ] 3 – 4[ ] 5 – 6[ ] 7 – 9[ ] 10 a viac |
| * 1. 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?

[ ] Never[ ] Less than monthly[ ] Monthly[ ] Weekly[ ] Daily or almost daily | * 1. Ako často ste za posledný rok vypili 6 a viac jednotiek, ak ste žena, alebo 8 a viac jednotiek, ak ste muž?

[ ] Nikdy[ ] Menej ako každý mesiac[ ] Každý mesiac[ ] Každý týždeň[ ] Každý deň alebo skoro každý deň |
| * 1. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?

 [ ] Never[ ] I have quit taking drugs that might be harmful [ ] Yes | * 1. Užívate drogy, ktoré môžu škodiť vášmu zdraviu, napr. marihuanu, kokaín, heroín?

 [ ] Nikdy[ ] Občas [ ] Áno |
| * 1. Do you smoke?

[ ] Never [ ] I have quit smoking[ ] Yes [ ] CigarettesHow many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ How many years have you smoked for?\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tobacco Would you like help to stop smoking? [ ] Yes [ ] No | * 1. Fajčíte?

[ ] Nikdy [ ] Občas[ ] Áno [ ] CigaretyKoľko ich vyfajčíte za deň? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Koľko rokov fajčíte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tabak Chcete prestať s fajčením? [ ] Áno [ ] Nie |
| * 1. Do you chew tobacco?

[ ] Never[ ] I have quit chewing tobacco[ ] Yes | * 1. Žujete tabak?

[ ] Nikdy[ ] Občas[ ] Áno |
| Section four: Vaccinations | Štvrtá časť: Očkovanie |
| * 1. Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?

***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.***[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 4.1Absolvovali ste v detstve všetky očkovania, ktoré ponúka vaša krajina pôvodu?***Ak máte záznamy o očkovaní, prineste ich na najbližšie stretnutie.***[ ] Nie[ ] Áno[ ] Neviem |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?

[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 4.2Očkovali ste sa proti tuberkulóze (TBC)?[ ] Nie[ ] Áno[ ] Neviem |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?

[ ] No[ ] Yes [ ] 1 dose[ ] 2 doses[ ] 3 doses[ ] More than 3 doses[ ] I don’t know | 4.3Očkovali ste sa proti ochoreniu COVID-19?[ ] Nie[ ] Áno [ ] 1 dávka[ ] 2 dávky[ ] 3 dávky[ ] Viac ako 3 dávky[ ] Neviem |
| Section five: Questions for female patients only | Piata časť: Otázky výhradne pre ženy |
| * 1. Are you pregnant?

[ ] No[ ] I might be pregnant[ ] YesHow many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Ste tehotná?[ ] Nie[ ] Neviem presne[ ] ÁnoAko dlho ste tehotná? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Do you use contraception?

[ ] No [ ] Yes What method do you use?[ ] Barrier contraception *e.g. condoms, gel* [ ] Oral contraceptive pill[ ] Copper Coil/Intrauterine device (IUD)[ ] Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*[ ] Contraceptive injection[ ] Contraceptive implant[ ] Other | 5.2Používate antikoncepciu?[ ] Nie [ ] Áno Akú formu antikoncepcie používate?[ ] Ochranné antikoncepčné prostriedky – *napr. kondómy, gél* [ ] Perorálna antikoncepcia[ ] Medená cievka/vnútromaternicové teliesko[ ] Hormonálna cievka/vnútromaternicový systém – *napr. Mirena*[ ] Antikoncepčná injekcia[ ] Antikoncepčný implantát[ ] Iné |
| * 1. Do you urgently need any contraception?

[ ] No [ ] Yes | 5.3Potrebujete urgentne nejakú formu antikoncepcie?[ ] Nie [ ] Áno |
| * 1. 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.

[ ] No[ ] Yes[ ] I would like to be given more information | 5.4Absolvovali 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.[ ] Nie[ ] Áno[ ] Chcela by som získať viac informácií |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?

[ ] No[ ] Yes | 5.5Podstúpili ste hysterektómiu (operáciu na odstránenie maternice a krčka maternice)?[ ] Nie[ ] Áno |
| * 1. As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?

[ ] No[ ] Yes | 5.6Chcete ako pacientka prediskutovať konkrétnu súkromnú záležitosť so zdravotníckym pracovníkom na najbližšom stretnutí? [ ] Nie[ ] 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 svojím lekárom, zavolajte mu a dohodnite si stretnutie. |