

Prosimy o dokładne wypełnienie kwestionariusza przed, albo w ramach pierwszej wizyty. Prosimy nie odpowiadać na pytania niezrozumiałe, albo na które nie zna Pani/Pan odpowiedzi.

Vyplňte pečlivě tento dotazník před Vaší první návštěvou v centru nebo v jejím rámci. Dotazy, kterým nerozumíte nebo odpověď neznáte, nevyplňujte.

KWESTIONARIUSZ WSTĘPNY

VSTUPNÍ DOTAZNÍK

PACJENTKA: Tytuł, imię i nazwisko: <i>PACIENTKA: Titul, jméno a příjmení:</i>	Osobisty nr. identyfikacyjny/PESEL: <i>Rodné číslo (číslo pojištění):</i>
Nazwisko panięskie: <i>Rodné jméno:</i>	
Data urodzenia: <i>Datum narození (není-li rodné číslo):</i>	Nr. paszportu / dowodu osobistego: <i>Číslo pasu/občanského průkazu:</i>
Adres stałego zamieszkania pacjentki: <i>Adresa trvalého pobytů pacientky:</i>	Kod pocztowy: <i>PSČ:</i>
Nr. telefonu:	E-mail:

MAŻ/PARTNER Tytuł, imię i nazwisko: <i>MANŽEL/PARTNER: Titul, jméno a příjmení:</i>	Osobisty nr. identyfikacyjny/PESEL: <i>Rodné číslo (číslo pojištění):</i>
Data urodzenia: <i>Datum narození (není-li rodné číslo):</i>	Nr. paszportu / dowodu osobistego: <i>Číslo pasu/občanského průkazu:</i>
Adres trwałego zamieszkania męża/partnera: (ew. inne miejsce zamieszkania) <i>Adresa trvalého pobytů pacientky (případně jiná adresa):</i>	Kod pocztowy: <i>PSČ:</i>
Nr. telefonu:	E-mail:

Imię i nazwisko lekarza – ginekologa: <i>Jméno lékaře:</i>	
Data ostatniej wizyty: (miesiąc/rok) <i>Datum poslední návštěvy (měsíc/rok):</i>	Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o przebiegu leczenia w.w. lekarzowi. <i>Souhlasím se zasláním informace o průběhu léčby tomuto lékaři:</i>
	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Skąd o nas Pani wie: (lekarz, internet, inne) <i>Jak jste se o nás dozvěděla: (lékař, web, známá...)</i>	

ANAMNEZA ZDROWOTNA PACJENTKI

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA ŽENY

Wzrost: <i>Výška :</i>	Masa: <i>Váha:</i>
Pierwsza miesiączka pojawiła się u Pani w wieku: <i>Věk, kdy jste dostala první menstruaci:</i>	Czy miesiączka jest prawidłowa? <i>Je vaše menstruační pravidelná?</i>
	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie

Czy Używa Pani leków na korekcję cyklu menstruacyjnego? <i>Užíváte léky na úpravu menstruačního cyklu?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Jeśli tak, prosimy o podanie leków i dawkowania: <i>Pokud ano, specifikujte léky a dávkování:</i>
Jak długo trwają cykle (od pierwszego dnia ostatniej miesiączki do pierwszego dnia kolejnej miesiączki)? <i>Kolik dnů je mezi prvním dnem jedné periody a prvním dnem periody následující?</i>	Data ostatniej miesiączki: <i>Datum poslední menstruace:</i>	

Ile dni zazwyczaj trwa krwawienie? <i>Kolik dnů většinou krvácíte?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Czy w czasie miesiączki występują skurcze? <i>Během menstruace míváte křeče?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Łagodnie <input type="radio"/> Żadko
Czy w czasie miesiączki występują rozvolnienia? <i>Míváte průjem během menstruace?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Czy używa Pani leków przeciwko skurczom? (O ile tak, prosimy wymienić leki i dawkowanie). <i>Užíváte léky kvůli křečím?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie

Czy w okresie między miesiączkami występują krwawienia albo zabarwienia? <i>Krvácíte nebo špiníte mezi periodami?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Czy pojawiają się zabarwienia przed miesiączką? <i>Špiníte před Vaší periodou?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Żadko
Czy wśród krewnych są osoby z nieprawidłową miesiączką? <i>Mám další příbuzné s nepravidelnou menstruací.</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Niewiem	Ostatnie badanie cytologiczne / wymaz z kanału szyjki macicy: <i>Poslední cytologický stěr z děložního čípku:</i>	Data (miesiąc/rok) Wynik:

Antykoncepcja/Antikonsepce:				
Wkładka domaciczna <i>Nitroděložní tělísko</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Od:	Do:	powód ukończenia <i>důvod vysazení</i>
Antykoncepcja hormonalna <i>Hormonální antikoncepce</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Od:	Do:	powód ukończenia <i>důvod vysazení</i>
Inna antykoncepcja <i>Jiná antikoncepce</i>		Od:	Do:	powód ukończenia <i>důvod vysazení</i>

Liczba ciąży: <i>Počet těhotenství:</i>	Liczba porodów w terminie (PT): <i>Počet porodů v termínu (PT):</i>	Porody przedwczesne (PP): <i>Předčasné porody (PP):</i>
Liczba porodów operacyjnych (SC): <i>Počet porodů operačních (SC):</i>	Poronienia (P): <i>Potratty (P):</i>	Ciąże pozamaciczne (MT): <i>Mimoděložní těhotenství (MT):</i>

Data (mies./ rok) <i>Datum (měs./rok)</i>	Poród/poronienie (PT,PP, SC,P,MT) <i>Porod., potrat PT,PP,SC,P,MT</i>	Waga płodu <i>Hmotnost plodu</i>	Liczba tygodni ciąży. <i>Týden gravidita</i>	Po leczeniu niepłodności <i>Po léčbě pro neplodnost</i>	Ciąża nastąpiła po upływie miesięcy <i>Doba, než jste otěhotněla</i>	Ciąża z aktualnym partnerem <i>Těhotenství se současným partnerem</i>	Komplikacje <i>Komplikace</i>
				o Tak o Nie		o Tak o Nie	
				o Tak o Nie		o Tak o Nie	
				o Tak o Nie		o Tak o Nie	
				o Tak o Nie		o Tak o Nie	
				o Tak o Nie		o Tak o Nie	

Czy Pani choruje lub chorowała na poniższe schorzenia (prosimy o dokładne wypełnienie):

Trpíte, nebo jste někdy trpěla nemocemi z následujícího seznamu (zkontrolujte celý seznam):

<input type="radio"/> AIDS/pozytywny HIV <i>AIDS/ pozitivní HIV</i>	<input type="radio"/> Tarczycza <i>Štítná žláza</i>	<input type="radio"/> Anemia i choroby krwi <i>Anémie a nemoci krve</i>
<input type="radio"/> Padaczka <i>Epilepsie</i>	<input type="radio"/> Cysty na jajnikach <i>Ovariální cysty</i>	<input type="radio"/> Transfuzje krwi <i>Krevní transfuze</i>
<input type="radio"/> Choroby genetyczne <i>Genetické nemoci</i>	<input type="radio"/> Choroby serca <i>Onemocnění srdce</i>	<input type="radio"/> Endometrioza <i>Endometrióza</i>
<input type="radio"/> Żylaki <i>Křečové žíly</i>	<input type="radio"/> Zaburzenia krzepliwości krwi <i>Poruchy krevního srážení</i>	<input type="radio"/> Choroby psychiczne <i>Psychické nemoci</i>
<input type="radio"/> Zapalenia miednicowce <i>Pánevní záněty</i>	<input type="radio"/> Schorzenia wątroby <i>Nemoci jater</i>	<input type="radio"/> Pótpasiec <i>Opary</i>
<input type="radio"/> Mononukleoza <i>Mononukleóza</i>	<input type="radio"/> Żółtaczka zakaźna <i>Hepatitis</i>	<input type="radio"/> Choroby płuc <i>Onemocnění plic</i>
<input type="radio"/> Depresje <i>Deprese</i>	<input type="radio"/> Rzeźączka <i>Kapavka</i>	<input type="radio"/> Świnka <i>Příušnice</i>
<input type="radio"/> Wrzody <i>Vředy / kolitidy</i>	<input type="radio"/> Choroby nerek i układu moczowego <i>Nemoci ledvin a močových cest</i>	<input type="radio"/> Uzależnienia od narkotyków <i>Dragová závislost</i>
<input type="radio"/> Chłamydia <i>Chlamydie</i>	<input type="radio"/> Gruźlica <i>Tuberkulóza</i>	<input type="radio"/> Woreczek żółciowy <i>Žlučňikové potíže</i>
<input type="radio"/> Choroby stawów <i>Kloubní nemoci</i>	<input type="radio"/> Ureaplasmoza <i>Ureaplasmata</i>	<input type="radio"/> Cukrzyca <i>Cukrovka</i>
<input type="radio"/> Wysokie ciśnienie krwi <i>Vysoký krevní tlak</i>	<input type="radio"/> Migreny <i>Migrény</i>	<input type="radio"/> Toczeń rumieniowaty (Lupus) <i>Lupus</i>
<input type="radio"/> Osteoporoza <i>Osteoporóza</i>	<input type="radio"/> Gorączka reumatyczna <i>Revmatická horečka</i>	<input type="radio"/> Schorzenia neurologiczne <i>Neurologické nemoci</i>
<input type="radio"/> Zaburzenia trawienne <i>Poruchy stravnování</i>	<input type="radio"/> Nadużycia seksualne / zgwałcenie <i>Sexuální zneužívání/znásilnění</i>	

O ile tak, prosimy o bardziej dokładny opis schorzenia, od-do, stosowane leki itp.:

Pokud ano, popište podrobně ji (název nemoci, od-do, užívané léky apod.):

Wykazuję alergię na leki:

Seznam alergií na léky:

Wykaz aktualnie stosowanych leków (nazwa, dawkowanie):

Seznam současných léků (název, dávkování):

Zabiegi operacyjne: Operační výkony:				
Data (mies./rok) Datum (měs./rok)	Szpital Nemocnice	Diagnoza Diagnóza	Operacja Operace	Komplikacje Komplikace

ANAMNEZA SOCJALNA PACJENTKI

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA ŽENY

Zawód: Vaše povolání:		Wyszczenie: Vzdělání:	
Hobby: Koničky:		<input type="checkbox"/> Podlega Pani ekspozycji na działanie substancji chemicznych? (wykaz) Jste vystavena vlivu chemických látek? (Seznam):	
Palenie Kouření.	<input type="radio"/> Tak papierosów/dziennie Ano, cigaret / denně <input type="radio"/> Nie	Gimnastyka, aerobik Aerobní cvičení	..... godzin/tygodniowo hodin / týdně
Małżeństwo Pani jest pierwszym? Je toto Vaše první manželství?	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Jeśli nie, ile razy była Pani zameżna? Pokud ne, kolikrát jste byla vdaná?	.....
Jak długo jest Pani z aktualnym partnerem? Jak dlouho jste se současným partnerem?	..... lat / let		

ANAMNEZA GENETYCZNA PACJENTKI

GENETICKÁ ANAMNÉZA ŽENY

Czy w rodzinie jest dziecko albo są dzieci z poważnym schorzeniem genetycznym? Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným genetickým onemocněním?	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Komentarz / Komentář
Czy w rodzinie jest dziecko albo są dzieci z poważnym uszkodzeniem porodowym? Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným poporodním poškozením?	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Komentarz / Komentář
Czy w rodzinie wystąpiły po sobie 2 albo więcej poronienia? Měl někdo ve Vaší rodině za sebou 2 nebo více potratů?	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Komentarz / Komentář

Czy w rodzinie są osoby dotknięte którymś z upośledzeń? (prosimy o sprawdzenie wszystkich wymienionych) Trpí někdo ve Vaší rodině následujícími postiženými? (zkontrolujte všechny, které jsou uvedeny)		
<input type="radio"/> Zespół Downa albo inne wady chromosomalne Downův syndrom nebo jiné chromozomální wady	<input type="radio"/> Dysfunkcja nerek / pęcherza moczowego Postižení ledvin/močového měchyře	<input type="radio"/> Wrodzona wada serca Vrozená vada srdce

<input type="checkbox"/> Dysfunkcje mięśniowe <i>Ztráta svalové funkce</i>	<input type="checkbox"/> Rozszczep kręgosłupa <i>Rozštěp páteře</i>	<input type="checkbox"/> Płaskostopie <i>Ploché nohy</i>
<input type="checkbox"/> Fibroza cystoidalna <i>Cystická fibróza</i>	<input type="checkbox"/> Rozszczep podniebienia / wargi <i>Rozštěp rtu nebo patra</i>	<input type="checkbox"/> Cukrzyca <i>Cukrovka</i>
<input type="checkbox"/> Choroba Taya-Sachsa <i>Tay Sachsova choroba</i>	<input type="checkbox"/> Stenoza <i>Stenóza pyloru</i>	<input type="checkbox"/> Malformacja cewy nerwowej <i>Defekty neurální trubice</i>
<input type="checkbox"/> Choroba Huntingtona <i>Huntingtonova choroba</i>	<input type="checkbox"/> Demencja <i>Demence</i>	<input type="checkbox"/> Wczesna menopauza <i>Časná menopauza</i>
<input type="checkbox"/> Zespół policystycznych jajników <i>Polycystické vaječníky</i>	<input type="checkbox"/> Schizofrenia <i>Schizofrenie</i>	<input type="checkbox"/> Przedwczesne zgony <i>Předčasné úmrtí</i>
<input type="checkbox"/> Retardacja mentalna <i>Mentální retardace</i>		

O ile występują, prosimy o bardziej dokładny opis (członek rodziny, nazwa choroby, od-do, stosowane leki itp.):

Pokud ano, popište podrobněji (člen rodiny, název nemoci, od-do, užívané léky apod.):

ANAMNEZA RODZINNA PACJENTKI

RODINNÁ ANAMNÉZA ŽENY

Ojciec / Otec			
Wiek ojca (o ile żyje): <i>Věk otce (pokud žije)</i>	.....	Stan zdrowia <i>Zdravotní stav</i>	.....
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat: <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	.....	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Ojciec ojca (dziadek): Wiek (o ile żyje) <i>Otec otce (děda): Věk (pokud žije)</i>	.....	Stan zdrowia <i>Zdravotní stav</i>	.....
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	.....	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Matka ojca (babcia): Wiek (o ile żyje) <i>Matka otce (babička): Věk (pokud žije)</i>	.....	Stan zdrowia <i>Zdravotní stav</i>	.....
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela</i>	.....	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Krewni ojca (ciotka, wuj) <i>Sourozenci otce (teta, strýc)</i>	Płeć M/K <i>Pohlaví M/Ž</i>	Wiek <i>Věk</i>	Stan zdrowia <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			
5			
Inni krewni ze strony ojca <i>Jiní příbuzní z otcovy strany</i>	Wady urodzeniowe /wiek/ przyczyna zgonu <i>Defekty při narození/věk/příčina úmrtí</i>		
1			
2			

3	
---	--

Matka/ Matka			
Wiek matki (o ile żyje) <i>Věk matky (pokud žije)</i>	.....	Stan zdrowia <i>Zdravotní stav</i>	.....
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela</i>	.....	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Ojciec matki /dziadek/: Wiek(o ile żyje) <i>Otec matky (děda): Věk (pokud žije)</i>	.....	Stan zdrowia <i>Zdravotní stav</i>	.....
Jeśli nie żyje-zgon w wieku <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	.....	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Matka matki (babcia): Wiek (o ile żyje) <i>Matka matky (babička): Věk (pokud žije)</i>	.....	Stan zdrowia <i>Zdravotní stav</i>	.....
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela</i>	.....	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Krewni matki (ciotka, wuj) <i>Sourozenci matky (teta, strýc)</i>	Płeć M/K <i>Pohlaví M/Ž</i>	Wiek <i>Věk</i>	Stan zdrowia <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			
5			
Inni krewni ze strony matki <i>Jiní příbuzní z matky strany</i>	Wady urodzeniowe /wiek/ przyczyna zgonu <i>Defekty při narození/věk/příčina úmrtí</i>		
1			
2			
3			

Bracia i siostry <i>Bratři a sestry</i>	Płeć M/K <i>Pohlaví M/Ž</i>	Wiek <i>Věk</i>	Stan zdrowia <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			

Nieżyjący bracia i siostry ((łącznie ze zgonami neonatalnymi i w dzieciństwie) <i>Zesnulí sourozenci (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)</i>	Płeć M/K <i>Pohlaví M/Ž</i>	Zgon w wieku tat <i>Věk, kdy zemřel</i>	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>
1			
2			
3			
4			
Dzieci <i>Děti</i>	Płeć M/K <i>Pohlaví M/Ž</i>	Wiek <i>Věk</i>	Stan zdrowia <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			
Nieżyjące dzieci (łącznie ze zgonami neonatalnymi i w dzieciństwie) <i>Zemřelé děti (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)</i>	Płeć M/K <i>Pohlaví M/Ž</i>	Zgon w wieku lat <i>Věk, kdy zemřel</i>	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>
1			
2			
3			
4			

ANAMNEZA NIEPŁODNOŚCI

ANAMNÉZA NEPLODNOSTI

Jak długo stara się Pani zająć w ciąży? <i>Jak dlouho se snažíte o těhotenství?</i>	lat/ roků	Jak często odbywa Pani stosunek płciowy? <i>Jak často máte pohlavní styk?</i>	Zazwyczaj <i>Obvykle</i>	.....	w tygodniu. <i>týdně.</i>
Czy Pani problem był powodem wcześniejszej wizyty u lekarza? <i>Navštívila jste někdy nějakého lékaře s tímto problémem?</i>					
Czy stosunkowi towarzyszą bóle? <i>Máte bolesti při styku?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Czy partner ma problemy z erekcją albo wytryskiem? <i>Má Vás partner problémy s erekcí nebo ejakulací?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie		
Czy ma Pani problemy z podnieceniem albo ze zwilżeniem? <i>Máte problémy se vzrušením nebo vlhkostí?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie				

Przeprowadzone badania (prosimy zaznaczyć wykonane testy i wyniki)					
Provedená vyšetření (označte všechny testy, které byly provedeny)					
<input type="radio"/>	Temperatura bazalna <i>Bazální teplota</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny/Abnormální <input type="radio"/> Niewykonano / Neprovedeno	<input type="radio"/>	3.dzień FSH <i>3.den FSH výsledek</i>	Wynik: Data (mies./rok) / Datum:
<input type="radio"/>	Hormony <i>Hormony</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny /Abnorm Data / Datum:	<input type="radio"/>	Test postkoitalny <i>Postkoitální test</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny/ Abnormální Data / Datum:
<input type="radio"/>	HSG <i>HSG</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny /Abnormální Data / Datum:	<input type="radio"/>	Biopsja endometrium <i>Biopsie endometria</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny /Abnormální Data / Datum:
<input type="radio"/>	Laparoskopia <i>Laparoskopie</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny /Abnormální Data / Datum:	<input type="radio"/>	Immunologia <i>Imunologie</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny /Abnormální Data / Datum:
<input type="radio"/>	Genetyczne <i>Genetické vyšetření</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny /Abnormální Data / Datum:	<input type="radio"/>	Spermiogram <i>Spermiogram</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny /Abnormální Data / Datum:
<input type="radio"/>	Przeciwciała plemnikowe <i>Protilátky proti spermii</i>	<input type="radio"/> Normalny / Normální <input type="radio"/> Abnormalny /Abnormální Data / Datum:	<input type="radio"/>	Grupa krwi, współczynnik Rh <i>Krevní skupina + Rh faktor</i>	.....
			<input type="radio"/>	Grupa krwi partnera, współczynnik Rh <i>Partnerova krevní skupina + Rh faktor</i>	.....

DOTYCHCZASOWE LECZENIE
PŘEDCHOZÍ LÉČBA
Prosimy opisać dotychczasowe leczenie:
Popište předchozí léčbu

O	Stymulacja jajników dla ciąży spontanicznej (liczba stymulacji, data, leki – Clostilbegyt, Gonadotropiny, Pregnyl) <i>Stimulace vaječnicků pro spontánní otěhotnění (počet stimulací, datum, léky – clostilbegyt, gonadotropiny, pregnyl)</i>	Komentarz: <i>Komentář</i>		
O	Inseminacja (liczba, data, miejsce, leki stymulujące) <i>Inseminace (počet, datum, místo, léky ke stimulaci)</i>	Komentarz: <i>Komentář</i>		
O	IVF 1			
	Data (mies./rok) <i>Datum (měs/rok)</i>	..... ..	Miejsce <i>Místo</i>	.....
	Typ stymulacji (leki) <i>Typ stimulace (léky)</i>	.....	Liczba jajeczek <i>Počet vajíček</i>	.....
	ICSI <i>ICSI</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Wydłużona kultywacja <i>Prodloužená kultivace</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
	Hatching asystowany <i>Asistovaný hatching</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Ciąża <i>Těhotenství</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
	Kryokonserwacja <i>Kryokonzervace</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Liczba zamrożonych embrionów_ <i>Počet zmražených embryí</i>	.....
	Kryoembryotransfer <i>Kryoembryotransfer</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Data <i>Datum</i>	..... ..
	Ciąża <i>Těhotenství</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie		
	Komentarz (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dawstwo)			
O	IVF 2			
	Data (mies./rok) <i>Datum (měs/rok)</i>	..... ..	Miejsce <i>Místo</i>	.....
	Typ stymulacji (leki) <i>Typ stimulace (léky)</i>	.....	Liczba jajeczek <i>Počet vajíček</i>	.....
	ICSI <i>ICSI</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Wydłużona kultywacja <i>Prodloužená kultivace</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
	Hatching asystowany <i>Asistovaný hatching</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Ciąża <i>Těhotenství</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
	Kryokonserwacja <i>Kryokonzervace</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Liczba zamrożonych embrionów_ <i>Počet zmražených embryí</i>	.....
	Kryoembryotransfer <i>Kryoembryotransfer</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Data <i>Datum</i>	..... ..
	Ciąża <i>Těhotenství</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie		

Komentarz (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dawstwo)			
IVF 3			
Data (mies./rok) <i>Datum (měs/rok)</i>	..... ..	Miejsce <i>Místo</i>	.....
Typ stymulacji (leki) <i>Typ stimulace (léky)</i>	.....	Liczba jajeczek <i>Počet vajíček</i>	.....
ICSI <i>ICSI</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Wydłużona kultywacja <i>Prodloužená kultivace</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Hatching asystowany <i>Asistovaný hatching</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Ciąża <i>Těhotenství</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Kryokonserwacja <i>Kryokonzervace</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Liczba zamrożonych embriónów_ <i>Počet zmražených embryí</i>	.....
Kryoembryotransfer <i>Kryoembryotransfer</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Data <i>Datum</i>	..... ..
Ciąża <i>Těhotenství</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie		
Komentarz (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dawstwo)			

ANAMNEZA ZDROWOTNA MĘŻA / PARTNERA

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA MUŽE

Cierpi lub cierpiał Pan schorzeniami z następującego wykazu? (Prosimy sprawdzić w całości):		
<input type="radio"/> AIDS/ pozytywny HIV <i>AIDS/ pozitivní HIV</i>	<input type="radio"/> Tarczycza <i>Štítná žláza</i>	<input type="radio"/> Anemia i choroby krwi <i>Anémie a nemoci krve</i>
<input type="radio"/> Padaczka <i>Epilepsie</i>	<input type="radio"/> Przepuklina <i>Kýla</i>	<input type="radio"/> Transfuzje krwi <i>Krevní transfuze</i>
<input type="radio"/> Choroby genetyczne <i>Genetické nemoci</i>	<input type="radio"/> Choroby serca <i>Onemocnění srdce</i>	<input type="radio"/> Prostata <i>Nemoci prostaty</i>
<input type="radio"/> Żylaki <i>Křečové žíly</i>	<input type="radio"/> Zaburzenia krzepliwości krwi <i>Poruchy krevního srážení</i>	<input type="radio"/> Choroby psychiczne <i>Psychické nemoci</i>
<input type="radio"/> Zapalenia jąder albo nadjader <i>Záněť varlete nebo nadvarlete</i>	<input type="radio"/> Schorzenia wątroby <i>Nemoci jater</i>	<input type="radio"/> Półpasiec <i>Opary</i>
<input type="radio"/> Mononukleozza <i>Mononukleozza</i>	<input type="radio"/> Żółtaczkza zakaźna <i>Hepatitis</i>	<input type="radio"/> Choroby płuc <i>Onemocnění plic</i>
<input type="radio"/> Depresje <i>Deprese</i>	<input type="radio"/> Rzeżączka <i>Kapavka</i>	<input type="radio"/> Świnka <i>Příušnice</i>
<input type="radio"/> Wrzody/kolitis <i>Vředy / kolitidy</i>	<input type="radio"/> Choroby nerek i układu moczowego <i>Nemoci ledvin a močových cest</i>	<input type="radio"/> Uzależnienia od narkotyków <i>Drogová závislost</i>
<input type="radio"/> Chlamydia <i>Chlamydie</i>	<input type="radio"/> Gruźlica <i>Tuberkulóza</i>	<input type="radio"/> Woreczek żółciowy <i>Žlučnickové potíže</i>
<input type="radio"/> Choroby stawów <i>Kloubní nemoci</i>	<input type="radio"/> Ureaplasmoza <i>Ureaplasmata</i>	<input type="radio"/> Cukrzyca <i>Cukrovka</i>
<input type="radio"/> Wysokie ciśnienie krwi <i>Vysoký krevní tlak</i>	<input type="radio"/> Migreny <i>Migrény</i>	<input type="radio"/> Toczeń rumieniowaty (Lupus) <i>Lupus</i>
<input type="radio"/> Osteoporoza <i>Osteoporóza</i>	<input type="radio"/> Gorączka reumatyczna <i>Revmatická horečka</i>	<input type="radio"/> Schorzenia neurologiczne <i>Neurologické nemoci</i>
<input type="radio"/> Zaburzenia trawienne <i>Poruchy stravování</i>		
O ile tak, prosimy o bardziej dokładny opis schorzenia, od-do, stosowane leki itp.): <i>Pokud ano, popište podrobně ji (název nemoci, od-do, užívané léky apod.):</i>		

--

Wykazuję alergię na leki: <i>Seznam alergií na léky:</i>

Wykaz aktualnie stosowanych leków (nazwa, dawkowanie): <i>Seznam současných léků (název, dávkování):</i>

Zabiegi operacyjne: <i>Operační výkony:</i>				
Data (mies./rok) <i>Datum (měs./rok)</i>	Szpital <i>Nemocnice</i>	Diagnoza <i>Diagnóza</i>	Operacja <i>Operace</i>	Komplikacje <i>Komplikace</i>

ANAMNEZA SOCJALNA MĘŻA / PARTNERA SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA MUŽE

Zawód: <i>Vaše povolání:</i>	Wykształcenie: <i>Vzdělání:</i>
Hobby: <i>Koníčky:</i>	<input type="checkbox"/> Jest Pan narażony na działanie ciepła (zawód, sauna, gorące kąpiele) lub substancji chemicznych? (wykaz) <i>Jste vystaven vlivu chemických látek? (Seznam):</i>

<input type="checkbox"/>	Palenie <i>Kouření.</i>	<input type="checkbox"/>	Tak papierosów/dziennie <i>Ano, cigaret/denně</i>	Gimnastyka, aerobik <i>Aerobní cvičení</i>	.....	godzin/tygodniowo <i>hodin /týdně</i>
<input type="checkbox"/>	Biegi <i>Běh</i>	.....	km/tygodniowo <i>Km/ týdně</i>	Czy małżeństwo (związek) Pana jest pierwszym? <i>Je toto Vaše první manželství?</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	O ile nie, ile razy był Pan żonaty? <i>Ne-li vaše první manželství, kolikrát jste byl ženatý?</i>	.....		Czy ma Pan dzieci z poprzedniego związku? <i>Máte děti z předchozí partnerkou?</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

ANAMNEZA GENETYCZNA MEŻA / PARTNERA
GENETICKÁ ANAMNÉZA MUŽE

Czy w rodzinie jest dziecko albo są dzieci z poważnym schorzeniem genetycznym? <i>Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným genetickým onemocněním?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Komentarz / Komentář
Czy w rodzinie jest dziecko albo są dzieci z poważnym uszkodzeniem porodowym? <i>Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným poporodním poškozením?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Komentarz / Komentář
Czy w rodzinie wystąpiły po sobie 2 albo więcej poronień? <i>Měl někdo ve Vaší rodině za sebou 2 nebo více potratů?</i>	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Komentarz / Komentář

Czy w rodzinie są osoby dotknięte któryś z upośledzeń? (prosimy o sprawdzenie wszystkich wymienionych) <i>Trpí někdo ve Vaší rodině následujícími postiženími? (zkontrolujte všechny, které jsou uvedeny)</i>		
<input type="radio"/> Zespół Downa albo inne wady chromosomalne <i>Downův syndrom nebo jiné chromozomální vady</i>	<input type="radio"/> Dysfunkcja nerek / pęcherza moczowego <i>Postižení ledvin/močového měchýře</i>	<input type="radio"/> Wrodzona wada serca <i>Vrozená vada srdce</i>
<input type="radio"/> Dysfunkcje mięśniowe <i>Ztráta svalové funkce</i>	<input type="radio"/> Rozszczep kręgosłupa <i>Rozštěp páteře</i>	<input type="radio"/> Płaskostopie <i>Ploché nohy</i>
<input type="radio"/> Fibroza cystoidalna <i>Cystická fibróza</i>	<input type="radio"/> Rozszczep podniebienia / wargi <i>Rozštěp rtu nebo patra</i>	<input type="radio"/> Cukrzyca <i>Cukrovka</i>
<input type="radio"/> Choroba Tay-Sachsa <i>Tay Sachsova choroba</i>	<input type="radio"/> Stenoza <i>Stenóza pyloru</i>	<input type="radio"/> Malformacja cewy nerwowej <i>Defekty neurální trubice</i>
<input type="radio"/> Choroba Huntingtona <i>Huntingtonova choroba</i>	<input type="radio"/> Demencja <i>Demence</i>	<input type="radio"/> Wczesna menopauza <i>Časná menopauza</i>
<input type="radio"/> Zespół policystycznych jajników <i>Polycystické vaječníky</i>	<input type="radio"/> Schizofrenia <i>Schizofrenie</i>	<input type="radio"/> Przedwczesne zgony <i>Předčasné úmrtí</i>
<input type="radio"/> Retardacja mentalna <i>Mentální retardace</i>		

O ile występują, prosimy o bardziej dokładny opis (członek rodziny, nazwa choroby, od-do, stosowane leki itp.): <i>Pokud ano, popište podrobněji (člen rodiny, název nemoci, od-do, užívané léky apod.):</i>

ANAMNEZA RODZINNA MEŻA / PARTNERA
RODINNÁ ANAMNÉZA MUŽE

Ojciec / Otec	
Wiek ojca (o ile żyje) <i>Věk otce (pokud žije)</i>	Stan zdrowia <i>Zdravotní stav</i>
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>
Ojciec ojca (dziadek): Wiek (o ile żyje) <i>Otec otce (děda): Věk (pokud žije)</i>	Stan zdrowia <i>Zdravotní stav</i>
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	Przyczyna zgonu <i>Příčina úmrtí</i>
Matka ojca (babcia): Wiek (o ile żyje) <i>Matka otce (babička): Věk (pokud žije)</i>	Stan zdrowia <i>Zdravotní stav</i>

Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela		Przyczyna zgonu Příčina úmrtí	
Krewni ojca (ciotka, wuj) Sourozenci otce (teta, strýc)	Płeć M/K Pohlaví M/Ž	Wiek Věk	Stan zdrowia Zdraví
1			
2			
3			
4			
5			
Inni krewni ze strony ojca Jiní příbuzní z otcovy strany		Wady urodzeniowe /wiek/ przyczyna zgonu Defekty při narození/wěk/příčina úmrtí	
1			
2			
3			

Matka/ Matka			
Wiek matki (o ile żyje) Věk matky (pokud žije)		Stan zdrowia Zdravotní stav	
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela		Przyczyna zgonu Příčina úmrtí	
Ojciec matki (dziadek): Wiek(o ile żyje) Otec matky (děda): Věk (pokud žije)		Stan zdrowia Zdravotní stav	
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel		Przyczyna zgonu Příčina úmrtí	
Matka matki (babcia): Wiek (o ile żyje) Matka matky (babička): Věk (pokud žije)		Stan zdrowia Zdravotní stav	
Jeśli nie żyje-zgon w wieku lat Pokud již nežije, věk ve kterém zemřela		Przyczyna zgonu Příčina úmrtí	
Krewni matki (ciotka, wuj) Sourozenci matky (teta, strýc)	Płeć M/K Pohlaví M/Ž	Wiek Věk	Stan zdrowia Zdraví
1			
2			
3			
4			
5			
Inni krewni ze strony matki Jiní příbuzní z matky strany		Wady urodzeniowe /wiek/ przyczyna zgonu Defekty při narození/wěk/příčina úmrtí	
1			
2			
3			

Bracia i siostry Bratři a sestry	Płeć M/K Pohlaví M/Ž	Wiek Věk	Stan zdrowia Zdraví
1			
2			
3			
4			

Nieżyjący bracia i siostry (łącznie ze zgonami neonatalnymi i w dzieciństwie) Zesnulí sourozenci (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)	Płeć M/K Pohlaví M/Ž	Zgon w wieku lat Věk, kdy zemřel	Przyczyna zgonu Příčina úmrtí
1			
2			
3			
4			
Dzieci Děti	Płeć M/K Pohlaví M/Ž	Wiek Věk	Stan zdrowia Zdraví
1			
2			
3			
4			
Nieżyjące dzieci (łącznie ze zgonami neonatalnymi i w dzieciństwie)	Gender M/F	Age when they died	Cause of death

dzieciństwo) Zemřelé děti (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)	Pohlaví M/Ž	Věk, kdy zemřel	Příčina úmrtí
1			
2			
3			
4			

Podpis pacientki Podpis pacjentki	Podpis męža/partnera Podpis manřela / partnera	Kraków, dnia V Ostravě [dne]	Pouczenia dokonat(a) i na zadane pytania odpowiedział(a): Imię, nazwisko i podpis lekarza EuroFertilCZ/NZOZ Arka Poučil(a) a případně dotazy zodpověděl(a): Jméno a příjmení a podpis
---	--	--	--