|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

A picture containing map, linedrawing

Description automatically generated

|  |  |
| --- | --- |
| * 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  Cigarettes  How 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  Cigarety  Koľko 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  Yes  How many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Ste tehotná?  Nie  Neviem presne  Áno  Ako 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. |