

**Osobné údaje / Personal data / Persönliche daten**

Registračné číslo / Register NO / Registriernummer:

Číslo izby / Room number / Zimmer nummer

**3 Meno / Name / Name:****E-mail:****Telefón / Phone / Telefon:****Vek a dátum narodenia / Age and date of birth / Alter und Geburtsdatum:****Pohlavie / Sex / Geschlecht:****Adresa / Adress / Adresse:****Zamestnanie / Occupation / Beruf:****Hlavné komplikácie a ako dlho trvajú / Chief complaints with duration / Hauptbeschwerden und deren zeitraum:****História terajších komplikácií / History of presenting complaints / Verlauf vergangener krankheiten:****Spojené komplikácie(ak sú nejaké) / Associated complaints if any / Mit der krankheit assoziierte beschwerden:****História ochorení v minulosti / History of past illness / Verlauf der krankheiten in der vergangenheit:**

Detstvo / Childhood / Kindheit:

Dospelosť / Adulthood / Erwachsenenalter:

Vakcinácie / Vaccinations / Impfungen:

**Rodinná história / Family History / Krankheiten assoziiert mit familien-krankheitsgeschichte:****História liečby / Treatment History / Behandlungsverlauf:**

**História terajšej liečby / History of present medication / Derzeit verwendete Medikamente:****Osobná história / Personal history / Persönlicher verlauf:**

Diéta	Ziadna	Zmiešaná	Vegetarián	Pikantná	Neštipľavé
Diet	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Mixed	<input type="checkbox"/> Vegetarian	<input type="checkbox"/> Spicy	<input type="checkbox"/> Non spicy
Diät	Keine	Gemischt	Vegetarisch	Scharf	Nicht scharf
Apetít	Menej	Médium	Dobry		
Appetit	<input type="checkbox"/> Less	<input type="checkbox"/> Medium	<input type="checkbox"/> Good		
Appetite	Wenig	Mittel	Gut		
Stolica	Normálna	Hnačky	Zápcha		
Stool	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Loose	<input type="checkbox"/> Constipated		
Stulgang	Normal	Durchfall	Verstopfung		
Spánok	Dobry	Menej	Viac	Nespavosť	Spánok počas dňa
Sleep	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Less sleep	<input type="checkbox"/> More sleep	<input type="checkbox"/> Insomnia	<input type="checkbox"/> Day sleep
Schlaf	Gut	Wehnig schlaf	Viel schlaf	Schlaflosigkeit	Tages schlaf
Závislosti	Tabak	Alkohol	Káva	Čaj	Iné
Addictions	<input type="checkbox"/> Tabacco	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Coffee	<input type="checkbox"/> Tea	<input type="checkbox"/> Any other
Abhängigkeiten	Tabak	Alkohol	Kaffee	Tea	Andere abhängigkeiten
Moč	Normálny	Menej	Viac	V noci	
Urine	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Less	<input type="checkbox"/> More	<input type="checkbox"/> Night frequency	
Urin	Normal	Wehnig	Viel	Nachtfrequenz	