

day of one period and the first day of the next period? <i>Kolik dnů je mezi prvním dnem jedné periody a prvním dnem periody následující?</i>	<i>Datum poslední menstruace:</i>
---	-----------------------------------

How many days do you usually bleed for? <i>days / dnů</i> <i>Kolik dnů většinou krvácíte?</i>	Do you have cramps during your period? <i>Během menstruace míváte křeče?</i>	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne <input type="radio"/> Moderate / Mírně <input type="radio"/> Sometimes / Někdy
Do you have diarrhoea during your period? <input type="radio"/> Yes / Ano <i>Míváte průjem během menstruace?</i> <input type="radio"/> No / Ne	Do you use medication for cramps? (Please, specify the medication and its dosage). <i>Užíváte léky kvůli křečím?</i>	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne

Do you bleed or experience spotting between periods? <input type="radio"/> Yes / Ano <i>Krvácíte nebo špiníte mezi periodami?</i> <input type="radio"/> No / Ne	Do you experience spotting before your period? <input type="radio"/> Yes / Ano <i>Špiníte před Vaší periodou?</i> <input type="radio"/> No / Ne <input type="radio"/> Sometimes / Někdy	
I have other relatives with irregular menstruation. <input type="radio"/> Yes / Ano <i>Mám další příbuzné s nepravidelnou menstruací.</i> <input type="radio"/> No / Ne <input type="radio"/> Don't know / Nevím	Last cervical smear test: <i>Poslední cytologický stěr z děložního čípku:</i>	Date (mo./year): <i>Datum (měsíc/rok):</i>
		Result: <i>Výsledek:</i>

Contraception / Antikontracepce				
Intrauterine device <i>Nitroděložní tělíčko</i>	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	From / Od:	Until / Do:	Reason for withdrawal: <i>Důvod vysazení:</i>
Hormonal contraception <i>Hormonální antikoncepce</i>	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	From / Od:	Until / Do:	Reason for withdrawal: <i>Důvod vysazení:</i>
Other contraceptives: <i>Jiná antikoncepce:</i>		From / Od:	Until / Do:	Reason for withdrawal: <i>Důvod vysazení:</i>

Number of pregnancies: <i>Počet těhotenství:</i>	Number of births in term (PT): <i>Počet porodů v termínu (PT)</i>	Premature births (PP): <i>Předčasné porody (PP):</i>
Number of cesarean births (SC): <i>Počet porodů operačních (SC):</i>	Abortions (P): <i>Potraty (P):</i>	Ectopic pregnancy (MT): <i>Mimoděložní těhotenství (MT):</i>

Date (mo. / year) <i>Datum (měs./rok)</i>	Birth, Abortion PT,PP,SC,P,MT <i>Porod., potrat PT,PP,SC,P,MT</i>	Fetus weight <i>Hmotnost plodu</i>	Week of pregnancy <i>Týden gravidity</i>	After treatment for infertility <i>Po léčbě pro neplodnost</i>	How long did it take to get pregnant <i>Doba, než jste otěhotněla</i>	Pregnancy with your current partner <i>Těhotenství se současným partnerem</i>	Complication <i>Komplikace</i>
				<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne		<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	
				<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne		<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	
				<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne		<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	
				<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne		<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	
				<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne		<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	

Do you suffer or have you ever suffered from organ illnesses from the following list? (Check the entire list):		
<input type="radio"/> AIDS / positive HIV	<input type="radio"/> Thyroid	<input type="radio"/> Anaemia and blood diseases

<i>AIDS/ pozitivní HIV</i>	<i>Štítná žláza</i>	<i>Anémie a nemoci krve</i>
<input type="checkbox"/> Epilepsy <i>Epilepsie</i>	<input type="checkbox"/> Ovarian cysts <i>Ovariální cysty</i>	<input type="checkbox"/> Blood transfusion <i>Krevní transfuze</i>
<input type="checkbox"/> Genetic diseases <i>Genetické nemoci</i>	<input type="checkbox"/> Heart disease <i>Onemocnění srdce</i>	<input type="checkbox"/> Endometriosis <i>Endometrióza</i>
<input type="checkbox"/> Varicose veins <i>Křečové žíly</i>	<input type="checkbox"/> Blood clotting disorders <i>Poruchy krevního srážení</i>	<input type="checkbox"/> Psychological diseases <i>Psychické nemoci</i>
<input type="checkbox"/> Pelvic inflammation <i>Pánevní záněty</i>	<input type="checkbox"/> Liver disease <i>Nemoci jater</i>	<input type="checkbox"/> Herpes <i>Opary</i>
<input type="checkbox"/> Glandular fever <i>Mononukleóza</i>	<input type="checkbox"/> Hepatitis <i>Hepatitida</i>	<input type="checkbox"/> Lung disease <i>Onemocnění plic</i>
<input type="checkbox"/> Depression <i>Deprese</i>	<input type="checkbox"/> Gonorrhoea <i>Kapavka</i>	<input type="checkbox"/> Mumps <i>Příušnice</i>
<input type="checkbox"/> Ulcer / Colitis <i>Vředy / kolitidy</i>	<input type="checkbox"/> Kidney and urinary tract problems <i>Nemoci ledvin a močových cest</i>	<input type="checkbox"/> Drug addiction <i>Drugová závislost</i>
<input type="checkbox"/> Chlamydia <i>Chlamydie</i>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis <i>Tuberkulóza</i>	<input type="checkbox"/> Gall bladder problems <i>Žlučnickové potíže</i>
<input type="checkbox"/> Joint illness <i>Kloubní nemoci</i>	<input type="checkbox"/> Ureaplasma <i>Ureaplasmata</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Cukrovka</i>
<input type="checkbox"/> High blood pressure <i>Vysoký krevní tlak</i>	<input type="checkbox"/> Migraines <i>Migrény</i>	<input type="checkbox"/> Lupus <i>Lupus</i>
<input type="checkbox"/> Osteoporosis <i>Osteoporóza</i>	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever <i>Revmatická horečka</i>	<input type="checkbox"/> Neurological diseases <i>Neurologické nemoci</i>
<input type="checkbox"/> Eating disorders <i>Poruchy stravování</i>	<input type="checkbox"/> Sexual abuse / rape <i>Sexuální zneužívání/znásilnění</i>	

If so, please describe it in detail (name of disease, from-to-date, used medicines, etc.):

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

List of allergies to medications:

Seznam alergií na léky:

List of current medicines (name, dosage):

Seznam současných léků (název, dávkování):

Operations:

Operační výkony:

Date (mo./year) Datum (měs./rok)	Hospital Nemocnice	Diagnosis Diagnóza	Operation Operace	Complication Komplikace

WOMAN: SOCIAL HISTORY
SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA ŽENY

Your profession: Vaše povolání:		Your education: Vzdělání:	
Hobbies: Koníčky:		<input type="checkbox"/> Are you exposed to chemicals? (List) Jste vystavena vlivu chemických látek? (Seznam):	
Do you smoke? Kouření.	<input type="radio"/> Yes cigarettes / week Ano, cigaret / týdně <input type="radio"/> No / Ne	Do you do any aerobic exercise? Aerobní cvičení	..... hours / week hodin / týdně
Is this your first marriage? Je toto Vaše první manželství?	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	If not, how many times have you been married? Pokud ne, kolikrát jste byla vdaná?	..... times / krát
How long have you been with your current partner? Jak dlouho jste se současným partnerem?	..... year / let		

WOMAN: GENETIC HISTORY
GENETICKÁ ANAMNÉZA ŽENY

Does anyone in your family have one or more children with a serious genetic disease? Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným genetickým onemocněním?	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Comment / Komentář
Does anyone in your family have one or more children with severe birth defects? Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným porodním poškozením?	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Comment / Komentář
Has anyone in your family had two or more abortions? Měl někdo ve Vaší rodině za sebou 2 nebo více potratů?	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Comment / Komentář

Does anyone in your family suffer from the following disabilities? (Check the entire list) Trpíte někdo ve Vaší rodině následujícími postiženími? (zkontrolujte všechny, které jsou uvedeny)		
<input type="checkbox"/> Down syndrome or other chromosomal defects Downův syndrom nebo jiné chromozomální vady	<input type="checkbox"/> Renal / bladder disease Postižení ledvin/močového měchýře	<input type="checkbox"/> Congenital heart defect Vrozená vada srdce
<input type="checkbox"/> Loss of muscle function Ztráta svalové funkce	<input type="checkbox"/> Spina bifida Rozštěp páteře	<input type="checkbox"/> Flat feet Ploché nohy
<input type="checkbox"/> Cystic fibrosis Cystická fibróza	<input type="checkbox"/> Cleft lip or palate Rozštěp rtu nebo patra	<input type="checkbox"/> Diabetes Cukrovka
<input type="checkbox"/> Tay Sachs disease Tay Sachsova choroba	<input type="checkbox"/> Pylorus stenosis Stenóza pyloru	<input type="checkbox"/> Neural tube defect Defekty neurální trubice
<input type="checkbox"/> Huntington's disease Huntingtonova choroba	<input type="checkbox"/> Dementia Demence	<input type="checkbox"/> Early menopause Časná menopauza
<input type="checkbox"/> Polycystic ovaries Polycystické vaječníky	<input type="checkbox"/> Schizophrenia Schizofrenie	<input type="checkbox"/> Premature death Předčasné úmrtí

<input type="checkbox"/> Mental disability <i>Mentální retardace</i>
--

If yes, please describe in more detail (family member, name of the disease, from-until, used medication, etc.)

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

WOMAN: FAMILY HISTORY
RODINNÁ ANAMNÉZA ŽENY

Father / Otec			
Father's age (if alive) <i>Věk otce (pokud žije)</i>	.....	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>	.....
If deceased, the age at which he died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	.....	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Father's father (grandfather): age (if alive) <i>Otec otce (děda): Věk (pokud žije)</i>	.....	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>	.....
If deceased, the age at which he died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	.....	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Father's mother (grandmother): age (if alive) <i>Matka otce (babička): Věk (pokud žije)</i>	.....	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>	.....
If deceased, the age at which she died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela</i>	.....	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Siblings of father (aunt, uncle) <i>Sourozenci otce (teta, strýc)</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age <i>Věk</i>	Health <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			
5			
Other relatives from father's side ... <i>Jiní příbuzní z otcovy strany ...</i>	... with birth defects /age / cause of death <i>... defekty při narození/věk/příčina úmrtí</i>		
1			
2			
3			

Mother/ Matka			
Mother's age (if alive) <i>Věk matky (pokud žije)</i>	.....	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>	.....
If deceased, the age at which she died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela</i>	.....	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Mother's father (grandfather): age (if alive) <i>Otec matky (děda): Věk (pokud žije)</i>	.....	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>	.....
If deceased, the age at which he died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	.....	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Mother's mother (grandmother): age (if alive) <i>Matka matky (babička): Věk (pokud žije)</i>	.....	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>	.....
If deceased, the age at which she died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela</i>	.....	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>	.....
Siblings of mother (aunt, uncle) <i>Sourozenci matky (teta, strýc)</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age <i>Věk</i>	Health <i>Zdraví</i>
1			

2			
3			
4			
5			
Other relatives from mother's side ... <i>Jiní příbuzní z matky strany ...</i>		... with birth defects /age / cause of death <i>... defekty při narození/věk/příčina úmrtí</i>	
1			
2			
3			

Brothers and sisters <i>Bratři a sestry</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age <i>Věk</i>	Health <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			

Deceased siblings (including neonatal deaths and deaths in infancy) <i>Zesnulí sourozenci (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age when they died <i>Věk, kdy zemřel</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>
1			
2			
3			
4			

Children <i>Děti</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age <i>Věk</i>	Health <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			

Deceased children (including neonatal deaths and deaths in infancy) <i>Zemřelé děti (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age when they died <i>Věk, kdy zemřel</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>
1			
2			
3			
4			

HISTORY OF INFERTILITY
ANAMNÉZA NEPLODNOSTI

How long have you been trying to get pregnant? <i>Jak dlouho se snažíte o těhotenství?</i>	..... jaar / roků	How often do you have sex? <i>Jak často máte pohlavní styk?</i>	Usually <i>Obvykle</i>	..... times / week <i>kolikrát / týdně</i>
Do you have pain during intercourse? <i>Máte bolesti při styku?</i>	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Does your partner have problems with erection or ejaculation? <i>Má Vás partner problémy s erekcí nebo ejakulací?</i>	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	
Do you have problems with excitement or arousal? <i>Máte problémy se vzrušením nebo vlhkostí?</i>	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne			

Examinations (mark all tests that have been performed) <i>Provedená vyšetření (označte všechny testy, které byly provedeny)</i>			
<input type="checkbox"/> Basal temperature <i>Bazální teplota</i>	<input type="checkbox"/> Normal / Normální <input type="checkbox"/> Abnorm/Abnormální	<input type="checkbox"/> Day 3 FSH Result <i>3.den FSH Výsledek</i>	<input type="checkbox"/> Normal / Normální <input type="checkbox"/> Abnorm /Abnormální

		<input type="radio"/> Not done / Nprovedeno			Date / Datum:
<input type="radio"/>	Hormones <i>Hormony</i>	<input type="radio"/> Normal / Normální <input type="radio"/> Abnorm / Abnorm Date / Datum:	<input type="radio"/>	Postcoital test <i>Postkoitální test</i>	<input type="radio"/> Normal / Normální <input type="radio"/> Abnorm / Abnormální Date / Datum:
<input type="radio"/>	HSG <i>HSG</i>	<input type="radio"/> Normal / Normální <input type="radio"/> Abnorm / Abnormální Date / Datum:	<input type="radio"/>	Endometrial biopsy <i>Biopsie endometria</i>	<input type="radio"/> Normal / Normální <input type="radio"/> Abnorm / Abnormální Date / Datum:
<input type="radio"/>	Laparoscopy <i>Laparoskopie</i>	<input type="radio"/> Normal / Normální <input type="radio"/> Abnorm / Abnormální Date / Datum:	<input type="radio"/>	Immunology <i>Imunologie</i>	<input type="radio"/> Normal / Normální <input type="radio"/> Abnorm / Abnormální Date / Datum:
<input type="radio"/>	Genetic investigation <i>Genetické vyšetření</i>	<input type="radio"/> Normal / Normální <input type="radio"/> Abnorm / Abnormální Date / Datum:	<input type="radio"/>	Spermiogram <i>Spermiogram</i>	<input type="radio"/> Normal / Normální <input type="radio"/> Abnorm / Abnormální Date / Datum:
<input type="radio"/>	Sperm-antibodies <i>Protilátky proti spermiím</i>	<input type="radio"/> Normal / Normální <input type="radio"/> Abnorm / Abnormální Date / Datum:	<input type="radio"/>	Blood group and Rh factor <i>Krevní skupina + Rh faktor</i>	.....
			<input type="radio"/>	Partner blood group and Rh factor <i>Partnerova krevní skupina + Rh faktor</i>	.....

PREVIOUS TREATMENT
PŘEDCHOZÍ LÉČBA
Describe the previous treatments

Popište předchozí léčbu

<input type="radio"/>	Ovulation stimulation for spontaneous pregnancy (stimulation number, date, medicines - Clostilbegyt, gonadotropins, Pregnyl) <i>Stimulace vaječnicků pro spontánní otěhotnění (počet stimulací, datum, léky – clostilbegyt, gonadotropiny, pregnyl)</i>	Comment: <i>Komentář</i>
<input type="radio"/>	Insemination (number, date, place, medicines to stimulate) <i>Inseminace (počet, datum, místo, léky ke stimulaci)</i>	Comment: <i>Komentář</i>
<input type="radio"/>	IVF 1	
	Date (mo./year) <i>Datum (měs/rok)</i>	Place <i>Místo</i>
	Type of stimulation (medicines) <i>Typ stimulace (léky)</i>	Number of egg cells <i>Počet vajíček</i>
	ICSI <i>ICSI</i>	Prolonged cultivation <i>Prodloužená kultivace</i>
	Assisted Hatching <i>Asistovaný hatching</i>	Pregnancy <i>Těhotenství</i>
	Cryopreservation <i>Kryokonzervace</i>	Number of frozen embryos <i>Počet zmražených embryí</i>
	Cryo embryo Transfer <i>Kryoembryotransfer</i>	Date <i>Datum</i>
	Pregnancy	

Těhotenství	<input type="radio"/> No / Ne	
Comments (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, donation) Komentář (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dárcovství)		

O	IVF 2			
	Date (mo./year) Datum (měs/rok)	..... ..	Place Místo	.....
	Type of stimulation (medicines) Typ stimulace (léky)	.....	Number of egg cells Počet vajíček	.....
	ICSI ICSI	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Prolonged cultivation Prodloužená kultivace	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne
	Assisted Hatching Asistovaný hatching	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Pregnancy Těhotenství	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne
	Cryopreservation Kryokonzervace	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Number of frozen embryos Počet zmražených embryí	.....
	Cryo embryo Transfer Kryoembryotransfer	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Date Datum	..... ..
	Pregnancy Těhotenství	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne		
Comments (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, donation) Komentář (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dárcovství)				
O	IVF 3			
	Date (mo./year) Datum (měs/rok)	..... ..	Place Místo	.....
	Type of stimulation (medicines) Typ stimulace (léky)	.....	Number of egg cells Počet vajíček	.....
	ICSI ICSI	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Prolonged cultivation Prodloužená kultivace	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne
	Assisted Hatching Asistovaný hatching	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Pregnancy Těhotenství	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne
	Cryopreservation Kryokonzervace	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Number of frozen embryos Počet zmražených embryí	.....
	Cryo embryo Transfer Kryoembryotransfer	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne	Date Datum	..... ..
	Pregnancy Těhotenství	<input type="radio"/> Yes / Ano <input type="radio"/> No / Ne		
Comments (PGD, PICSI, IMSI, MACS, MS-IVF, donation) Komentář (PGD, PICSI, IMSI, MACS, MS-IVF, dárcovství)				

MAN: MEDICAL HISTORY
 ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA MUŽE

Do you suffer, or have you ever suffered from organ illnesses from the following list? (Check the entire list)

<input type="checkbox"/> AIDS / positive HIV <i>AIDS/ pozitivní HIV</i>	<input type="checkbox"/> Thyroid <i>Štítná žláza</i>	<input type="checkbox"/> Anemia and blood diseases <i>Anémie a nemoci krve</i>
<input type="checkbox"/> Epilepsy <i>Epilepsie</i>	<input type="checkbox"/> Hernia <i>Kýla</i>	<input type="checkbox"/> Blood transfusion <i>Krevní transfuze</i>
<input type="checkbox"/> Genetic diseases <i>Genetické nemoci</i>	<input type="checkbox"/> Heart disease <i>Onemocnění srdce</i>	<input type="checkbox"/> Prostate diseases <i>Nemoci prostaty</i>
<input type="checkbox"/> Varicose veins <i>Křečové žíly</i>	<input type="checkbox"/> Blood clotting disorders <i>Poruchy krevního srážení</i>	<input type="checkbox"/> Psychological diseases <i>Psychické nemoci</i>
<input type="checkbox"/> Inflammation of the testicle or epididymis <i>Zánět varlete nebo nadvarlete</i>	<input type="checkbox"/> Liver disease <i>Nemoci jater</i>	<input type="checkbox"/> Herpes <i>Opary</i>
<input type="checkbox"/> Glandular fever <i>Mononukleóza</i>	<input type="checkbox"/> Hepatitis <i>Hepatitisida</i>	<input type="checkbox"/> Lung disease <i>Onemocnění plic</i>
<input type="checkbox"/> Depression <i>Deprese</i>	<input type="checkbox"/> Gonorrhoea <i>Kapavka</i>	<input type="checkbox"/> Mumps <i>Příušnice</i>
<input type="checkbox"/> Ulcer / Colitis <i>Vředy / kolitidy</i>	<input type="checkbox"/> Kidney and urinary tract problems <i>Nemoci ledvin a močových cest</i>	<input type="checkbox"/> Drug addiction <i>Drogová závislost</i>
<input type="checkbox"/> Chlamydia <i>Chlamydie</i>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis <i>Tuberkulóza</i>	<input type="checkbox"/> Gall bladder problems <i>Žlučnickové potíže</i>
<input type="checkbox"/> Joint illness <i>Kloubní nemoci</i>	<input type="checkbox"/> Ureaplasma <i>Ureaplasmata</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Cukrovka</i>
<input type="checkbox"/> High blood pressure <i>Vysoký krevní tlak</i>	<input type="checkbox"/> Migraines <i>Migrény</i>	<input type="checkbox"/> Lupus <i>Lupus</i>
<input type="checkbox"/> Osteoporosis <i>Osteoporóza</i>	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever <i>Revmatická horečka</i>	<input type="checkbox"/> Neurological diseases <i>Neurologické nemoci</i>
<input type="checkbox"/> Eating disorders <i>Poruchy stravování</i>		

If so, please describe it in detail (name of disease, from-to-date, used medicines, etc.):

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

List of allergies to medications:

Seznam alergií na léky:

List of current medicines (name, dosage):

Seznam současných léků (název, dávkování):

Operations:

Operační výkony:

Date (mo./year) <i>Datum (měs./rok)</i>	Hospital <i>Nemocnice</i>	Diagnoses <i>Diagnóza</i>	Operation <i>Operace</i>	Complication <i>Komplikace</i>

MAN: SOCIAL HISTORY
SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA MUŽE

Your profession: <i>Vaše povolání:</i>	Your education: <i>Vzdělání:</i>
Hobbies: <i>Koníčky:</i>	<input type="checkbox"/> Are you exposed to heat during work, sauna, hot baths, chemicals? (Please list them) <i>Jste vystavena vlivu chemických látek? (Seznam):</i>

<input type="checkbox"/> Do you smoke? <i>Kouření.</i>	<input type="checkbox"/> Yes cigarettes/week <i>Ano, cigaret/denně</i> <input type="checkbox"/> No / Ne	Do you do any aerobic exercise? <i>Aerobní cvičení</i>	hours/week <i>..... hodin /týdně</i>
<input type="checkbox"/> How much do you run? <i>Běh</i>	km per week <i>..... Km/ týdně</i>	Is this your first marriage? <i>Je toto Vaše první manželství?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ano <input type="checkbox"/> No / Ne
If not, how many times have you been married? <i>Ne-li vaše první manželství, kolikrát jste byl ženatý?</i>	times / krát <i>.....</i>	Do you have children from a previous partner? <i>Máte děti z předchozí partnerkou?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ano <input type="checkbox"/> No / Ne

MAN: GENETIC HISTORY
GENETICKÁ ANAMNÉZA MUŽE

Does anyone in your family have one or more children with a serious genetic disease? <i>Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným genetickým onemocněním?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ano <input type="checkbox"/> No / Ne	Comment / Komentář
Does anyone in your family have one or more children with severe birth defects? <i>Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným poporodním poškozením?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ano <input type="checkbox"/> No / Ne	Comment / Komentář
Has anyone in your family had two or more abortions? <i>Měl někdo ve Vaší rodině za sebou 2 nebo více potratů?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ano <input type="checkbox"/> No / Ne	Comment / Komentář

Does anyone in your family suffer from the following disabilities? (Check the entire list) <i>Trpíte někdo ve Vaší rodině následujícími postiženími? (zkontrolujte všechny, které jsou uvedeny)</i>		
<input type="checkbox"/> Down syndrome or other chromosomal defects <i>Downův syndrom nebo jiné chromozomální vady</i>	<input type="checkbox"/> Renal / bladder disease <i>Postižení ledvin/močového měchýře</i>	<input type="checkbox"/> Congenital heart defect <i>Vrozená vada srdce</i>
<input type="checkbox"/> Loss of muscle function <i>Ztráta svalové funkce</i>	<input type="checkbox"/> Spina bifida <i>Rozštěp páteře</i>	<input type="checkbox"/> Flat feet <i>Ploché nohy</i>
<input type="checkbox"/> Cystic fibrosis <i>Cystická fibróza</i>	<input type="checkbox"/> Cleft lip or palate <i>Rozštěp rtu nebo patra</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Cukrovka</i>
<input type="checkbox"/> Tay Sachs disease <i>Tay Sachsova choroba</i>	<input type="checkbox"/> Pylorus stenosis <i>Stenóza pyloru</i>	<input type="checkbox"/> Neural tube defect <i>Defekty neurální trubice</i>
<input type="checkbox"/> Huntington's disease <i>Huntingtonova choroba</i>	<input type="checkbox"/> Dementia <i>Demence</i>	<input type="checkbox"/> Early menopause <i>Časná menopauza</i>
<input type="checkbox"/> Polycystic ovaries <i>Polycystické vaječníky</i>	<input type="checkbox"/> Schizophrenia <i>Schizofrenie</i>	<input type="checkbox"/> Premature death <i>Předčasná úmrtí</i>
<input type="checkbox"/> Mental disability <i>Mentální retardace</i>		

If yes, please describe in more detail (family member, name of the disease, from-until, used medication, etc.)

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

MAN: FAMILY HISTORY
RODINNÁ ANAMNÉZA MUŽE

Father / Otec			
Father's age (if alive) <i>Věk otce (pokud žije)</i>	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>		
If deceased, the age at which he died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>		
Father's father (grandfather): age (if alive) <i>Otec otce (děda): Věk (pokud žije)</i>	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>		
If deceased, the age at which he died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>		
Father's mother (grandmother): age (if alive) <i>Matka otce (babička): Věk (pokud žije)</i>	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>		
If deceased, the age at which she died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>		
Siblings of father (aunt, uncle) <i>Sourozenci otce (teta, strýc)</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age <i>Věk</i>	Health <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			
5			
Other relatives from father's side ... <i>Jiní příbuzní z otcovy strany ...</i>	... with birth defects /age / cause of death <i>... defekty při narození/věk/příčina úmrtí</i>		
1			
2			
3			

Mother/ Matka			
Mother's age (if alive) <i>Věk matky (pokud žije)</i>	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>		
If deceased, the age at which she died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřela</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>		
Mother's father (grandfather): age (if alive) <i>Otec matky (děda): Věk (pokud žije)</i>	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>		
If deceased, the age at which he died <i>Pokud již nežije, věk, ve kterém zemřel</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>		
Mother's mother (grandmother): age (if alive) <i>Matka matky (babička): Věk (pokud žije)</i>	Health conditions <i>Zdravotní stav</i>		
If deceased, the age at which she died <i>Pokud již nežije, věk ve kterém zemřela</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>		
Siblings of mother (aunt, uncle) <i>Sourozenci matky (teta, strýc)</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age <i>Věk</i>	Health <i>Zdraví</i>
1			

2			
3			
4			
5			
Other relatives from mother's side ... <i>Jiní příbuzní z matky strany ...</i>		... with birth defects /age / cause of death <i>... defekty při narození/věk/příčina úmrtí</i>	
1			
2			
3			

Brothers and sisters <i>Bratři a sestry</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age <i>Věk</i>	Health <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			

Deceased siblings (including neonatal deaths and deaths in infancy) <i>Zesnulí sourozenci (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age when they died <i>Věk, kdy zemřel</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>
1			
2			
3			
4			

Children <i>Děti</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age <i>Věk</i>	Health <i>Zdraví</i>
1			
2			
3			
4			

Deceased children (including neonatal deaths and deaths in infancy) <i>Zemřelé děti (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)</i>	Gender M/F <i>Pohlaví M/Ž</i>	Age when they died <i>Věk, kdy zemřel</i>	Cause of death <i>Příčina úmrtí</i>
1			
2			
3			
4			

Signature of the patient <i>Podpis pacientky</i>	Signature of spouse / partner <i>Podpis manžela / partnera</i>	Ostrava, [date] <i>V Ostravě [dne]</i>	I hereby confirm that I have checked all of the information and answered any questions. Doctor's name and signature <i>Poučil(a) a případné dotazy zodpověděla(a): Jméno a příjmení a podpis</i>
--	--	--	--