

REGISTRAČNÍ FORMULÁŘ/REGISTRATION FORM/ РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА

Vážený rodiče

abychom pro Vaše dítě mohli zajistit vysoce kvalitní zdravotní péči, dovolte nám požádat Vás o poskytnutí následujících informací o Vašem dítěti:

Dear parents,

In order to ensure your child highly quality healthcare, let us kindly ask you to provide us with following information about your child:

Дорогие родители

Для обеспечения высококачественного медицинского обслуживания вашего ребенка, пожалуйста, позвольте нам попросить вас предоставить следующую информацию о вашем ребенке:

	DÍTĚ/ CHILD/ РЕБЕНОК		
Příjmení/ Surname/Фамилия		Datum nar./ Date of birth/Дата рождения	
Jméno/ Name/Имя		Pohlaví/ Gender/Пол	
Národnost/ Nationality/ Национальность		Věk/Age/Возраст:	
Trvalá adresa/ Permanent address/ Постоянный адрес			
Kontaktní adresa v ČR Contact address in the CR/ Контактный адрес в ЧР			
Zvláštní upozornění/ Special attention/ Особое внимание			
Zájem o individuální program Child Friendly – Child Friendly Plus (prosím zakroužkujte zvolený) Interest in individual health care package Child Friendly – Child Friendly Plus (please circle selected one)			
Pojišťovna dítěte/ Child's insurance company/ Страховая компания ребенка			
Číslo pojištění/ Insurance No./ Страховка Но.			

	RODIČE/ PARENTS		РОДИТЕЛИ
МАТКА/MOTHER/ МАТЬ		ОТЕЦ/ FATHER/ ОТЕЦ	
Jméno a příjmení/ Name and surname/ Имя и фамилия		Jméno a příjmení/ Name and surname/ Имя и фамилия	
Datum narození/ Date of birth: Дата рождения:		Datum narození/ Date of birth: Дата рождения:	
Národnost/ Nationality Гражданство:		Národnost / Nationality Гражданство:	
Mobil/ Mobile no. Мобильный номер		Mobil/ Mobile no. Мобильный номер	
Email		Email	
Zaměstnání/ Job Работа		Zaměstnání/ Job Работа	

Zdravotní stav a anamnéza v rodině/ Health condition and family anamnesis Состояние здоровья и семейный анамнез		Zdravotní stav a anamnéza v rodině/ Health condition and family anamnesis Состояние здоровья и семейный анамнез	
Kontaktní osoba v případě nouze/ Contact person in case of urgency Контактное лицо в случае срочной необходимости		Tel. Číslo/ Tel no.	

1. Porod dítěte v termínu – tt. ?/ Delivery of a child as planned - WOG? Роды по плану – WOG ?	
tt./WOG	
2. Způsob porodu?/ Type of delivery/Тип роды	
Vaginální/Vaginal - Sekcí/C-section	
Porodní hmotnost dítěte/Birth weight	Porodní délka dítěte/Birth length
3. Komplikace během a po porodu a AS ?/ Complications during and after delivery and AS? осложнения во время и после родов	
Ano/Yes – Ne/No	Popis/Description/Описание
4. Vrozená vada dítěte?/ Congenital defect? / Врожденный дефект?	
Ano/Yes - Ne/No	Druh vady/Type of defect/ Тип дефекта
5. Je/bylo dítě kojeno?/ Is-was the child breastfed? Был ли ребенок на грудном вскармливании?	
Ano/Yes/ Да - - Ne/No -	Do kolika měsíců?/Until how many month?
6. Byla u dítěte zjištěna alergie např. na potraviny, léky, apod.?/ Has the child been diagnosed any allergy, e.g. food, medicine, etc./ Была ли у ребенка диагностирована какая-либо аллергия, например, пищевая, лекарственная и т.д.	
Ano/Yes – Ne/No/ Нет	Druh alergie/Type of allergy/ Тип аллергии
7. Antibiotika – jak často a proč?/ Antibiotics – how often and why?/ Антибиотики - как часто и зачем?	
8. Nemocnost (častá-běžná-minimální)/ Sickness rate (frequent-common-minimum)/ Уровень заболеваемости (частый-общий-минимальный)	
9. Bylo dítě hospitalizováno?/ Has the child been hospitalized?/ Был ли ребенок госпитализирован?	
Ano/Yes - Ne/No	Kdy?/When?/ Когда ?
Popis/ Description	
10. Mělo dítě úraz?/ Has the child been injured?/ Получил ли ребенок травму?	
Ano/Yes - Ne/No	Popis/Description/ Описание
11. Mělo dítě operace?/ Has the child been operated?/ Был ли ребенок прооперирован?	
Ano/Yes - Ne/No	Jaké?/What?/ Как ?
12. Trpí dítě chronickým onemocněním?/ Does the child suffer from chronic illness?/ Страдает ли ребенок хроническими заболеваниями?	
Ano/Yes - Ne/No	Popis onemocnění/Illness description/ Описание
13. Je dítě v péči odborného lékaře?/ Is the child supervised by a specialist?/ Находится ли ребенок под наблюдением специалиста?	
Ano/Yes - Ne/No	Jakého?/Who?

14. Užívá dítě trvale léky?/ Does the child use any medicine permanently?/ Пользуется ли ребенок постоянно какими-либо лекарствами?	
Ano/Yes - Ne/No	Druh léku/Type of medicine/ Тип лекарства
15. Je dítě řádně očkováno?/ Is the child properly vaccinated?/ Вакцинирован ли ребенок должным образом?	
Ano/Yes - Ne/No	

Prohlášení

Já, níže podepsaný/á níže uvedeným podpisem potvrzuji, že jsem byl/a se seznámen/a s právem kdykoliv obdržet informace o rozsahu poskytovaných zdravotnických služeb Child Friendly s.r.o. mému dítěti a tedy i s cenou těchto zdravotnických služeb.

Statement

I, the undersigned, hereby certify to have been made acquainted with the right to receive information about the extent of healthcare services provided by Child Friendly s.r.o. to my child and hence the costs of medical services.

Заявление

Я, нижеподписавшийся, настоящим подтверждаю, что ознакомлен с правом на получение информации об объеме медицинских услуг, предоставляемых Child Friendly s.r.o. моему ребенку, и, следовательно, о стоимости медицинских услуг.

Podpis rodiče/ Parent signature

Datum a místo/ Date and place

Подпись родителей

Дата и место

.....

.....