

Tisztelt Páciensünk!

A koronavírus helyzetre való tekintettel kérjük töltsse ki az alábbi nyilatkozatot és válaszoljon az alábbi kérdésekre.

Alulírott

(Szül.hely, idő:.....)

TAJ szám:) a COVID-19 nevű új koronavírus okozta megbetegedés terjedésének megakadályozása érdekében büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbi kérdőív kitöltése útján nyilatkozom egészségi állapotomról:

ELÉRHETŐSÉGEIM

Telefonszám:.....

E-mail cím:.....

Tartózkodási hely (pontos cím):.....

EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATOK

Neme: Férfi Nő

Foglalkozása/munkaköre:.....

A felsorolt tünetek bármelyikét tapasztalja-e?

Nem, teljesen tünetmentes vagyok

Igen, az alábbiakat:

Láz (≥ 38 °C) Köhögés Nehézlégzés Fáradékonyság Torokfájás

Hidegrázás Izom- vagy ízületi fájdalom Fejfájás

Tünet(ek) kezdete:

(ÉV.HÓ.NAP):.....

Járt-e a vizsgálat / kezelés előtti 14 napban külföldön:

Nem Igen, az alábbi területen/országban:.....

Került-e szoros kapcsolatba a vizsgálat / kezelés előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel?

Nem Igen

Az elmúlt 72 órában végeztek-e Önnek PCR tesztet vagy Covid gyorsesztesztet?

Nem Igen

Ha végeztek Önnek PCR tesztet, akkor annak mi lett az eredménye?

Negatív Pozitív még nem ismert az eredmény

Ön most áll-e hatósági karantén kötelezettség alatt?

Nem Igen

Kapott COVID-19 elleni védőoltást az elmúlt 5-14 napban?

Nem Igen: Hány napja:.....

Kelt.:

.....

Aláírás

A klinikára történő belépéskor mért testhőmérséklet: