

Járványügyi kérdőív

Név:	
Születési idő:	
TAJ:	
Lakcím:	
Telefonszám:	
Kezelőorvos neve, pecsét száma: <i>(recepción töltik ki)</i>	
Testhőmérséklet: <i>(recepción töltik ki)</i>	

Karikázza be válaszát!

Az elmúlt 2 hétben bármikor volt-e láza?	igen	nem
Az elmúlt 2 hétben bármikor volt-e köhögés vagy egyéb légúti tünete?	igen	nem
Az elmúlt 2 hétben volt-e légszomja, nehézlégzése?	igen	nem
Az elmúlt 2 hétben volt-e ízületi vagy izomfájdalma?	igen	nem
Az elmúlt 2 hétben jelentkezett-e Önnél hirtelen szaglászvesztés, ízérzés hiánya vagy ízérzés zavara?	igen	nem
Tud-e arról, hogy COVID-19 fertőzött lenne?	igen	nem
Az elmúlt 2 hétben volt-e szoros kapcsolatban COVID-19 fertőzött személlyel?	igen	nem
Az elmúlt 2 hétben járt-e külföldön?	igen	nem
Ön közvetlen betegellátásban résztvevő egészségügyi dolgozó?	igen	nem
Az elmúlt 2 hétben megfordult-e bentlakásos szociális/egészségügyi intézményben? <i>(ahol COVID-19 szempontjából veszélyeztetett személyeket gondoznak és az intézményben igazolt COVID-19 járvány zajlik.)</i>	igen	nem

Igazolom, hogy a fenti nyilatkozat tartalma a valóságnak megfelel.

Dátum:

_____ aláírás



SAINT JAMES
HOSPITAL
SZEMÉSZETI KÖZPONT