

Kedves betegünk!

Kérjük, hogy saját és betegtársai érdekében töltsse ki ezt a kérdőívet.

Valótlan adat közlése a járványügyi helyzetre való tekintettel büntetőjogi következménnyel jár.

Vezetékneve és keresztnéve:			
TAJ szám		Születés kelte	
Telefonszáma		Igen	Nem
Hozzá tartozó neve		Telefonszáma	
Az itt felsorolt tünetek bármelyikét tapasztalja-e, tapasztalta-e (az elmúlt 72 órában)?	Hőemelkedés, láz (>38°C)		
	Száras köhögés		
	Izomfájdalom		
	Hasmenés		
	Légszomj, nehézlégzés		
	Szaglás, ízézés csökkenése		
	Torokfájás		
	Gyengeség, fáradékonyság		
	Ízületi fájdalom		
	Hányinger		
Volt-e szoros kontaktusban olyan személlyel, akinek a fenti tünetek valamelyike előfordult az elmúlt három napban?			
A tünetek kezdetét megelőző 14 napban járt-e külföldön?			
Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel az alábbi módokon:			
egy háztartásban élnek;			
2 méteren belül és 15 percnél hosszabb időn át személyes kapcsolatban voltak;			
Munkahelyen, iskolában, zárt légtérben együtt tartózkodott;			
Kórházi beteglátogatás során, repülőúton bármilyen irányban (kétülésnyi távolságban ült);			
Közvetlen fizikai kapcsolatban voltak (pl. kézfogás, csók, ölelés);			
Koronavírussal fertőzött beteg váladékával védőeszköz nélkül érintkezett (pl. ráköhögtek, tüsszentettek);			
Egészségügyi dolgozó/szociális munkás/időotthoni/rehabilitációs dolgozó;			
COVID-19 beteg ellátásában részt vett vagy laboratóriumi mintáját kezelte;			
Volt-e korábban pozitív PCR tesztje? Ha volt, mikor:			
A beteg COVID-19 tekintetében gyanús eset-e?			
Belépés engedélyezett-e?			
2020.			
	beteg aláírása	orvos aláírása	