

KÉRDŐÍV KORONAVÍRUS FERTŐZÉS (COVID-19) RIZIKÓJÁNAK FELMÉRÉSÉRE

Név:

Születési dátum:

Telefonszám:

- | | | |
|--|------|-----|
| 1. Volt-e valamilyen betegsége az elmúlt 2 hétben? | IGEN | NEM |
| 2. Volt-e 37,5 Celsius fokot meghaladó láza? | IGEN | NEM |
| 3. Jelenleg van-e köhögéssel járó panasz? | IGEN | NEM |
| 4. Van-e torokfájása? | IGEN | NEM |
| 5. Tapasztal-e ízérzési vagy szaglási zavart? | IGEN | NEM |
| 6. Fennáll-e Önnél most, vagy volt-e korábban igazolt COVID-19 fertőzése? | IGEN | NEM |
| 7. Mintavétel időpontja: | | |
| 8. A tünetek kezdete: | | |
| 9. Amennyiben Önnek volt COVID-19 fertőzése, történt-e Önnél a gyógyulást igazoló diagnosztikai vizsgálat? | IGEN | NEM |

Nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Név:

Aláírás:

A PÁCIENS COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉSE: GYANÚS ESET NEM GYANÚS ESET**A minősítést végző személy szignója:**

Dátum: