

Beteg adatai:

Név:

Születési dátum: Anyja neve:

TAJ szám: Állandó lakcím:

Szenved-e Ön jelenleg akut légúti megbetegedésben?

Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e? Igen Nem Láz (≥ 38 °C) Köhögés Légszomj

Tünet(ek) kezdete (ÉV.HÓ.NAP):

Járt-e az elmúlt 14 napban külföldön? Nem Igen esetén, mely ország(ok):

Került-e szoros kapcsolatba az elmúlt 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel?	<input type="checkbox"/> Nem
	Új koronavírus fertőzött beteggel vagy megfigyelés alatt álló, karanténban lévő személlyel, aki valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött:
	<input type="checkbox"/> egy háztartásban élek.
	<input type="checkbox"/> közvetlen fizikai kapcsolatba kerültem (pl. kézfogás útján).
	<input type="checkbox"/> személyes kapcsolatba kerültem (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő).
	<input type="checkbox"/> védőeszköz alkalmazása nélkül a váladékával érintkeztem (pl. ráköhögtek vagy szabad kézzel ért használt papír zsebkendőhöz)
	<input type="checkbox"/> zárt légtérben tartózkodtam együtt (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás).
	<input type="checkbox"/> repülőúton 2 ülésnyi távolságban ültem VAGY a repülőgép személyzeteként az ülőhelye szektorában láttam el szolgálatot.
<input type="checkbox"/> az előírt egyéni védőeszközök alkalmazása nélkül a közvetlen ellátásában/ápolásában vettem részt.	
<input type="checkbox"/> laboratóriumi dolgozóként a mintáit kezeltem.	

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben megadott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Dátum:

.....
nyilatkozattevő aláírása-----
orvos aláírás, pecsét