

## COVID-19 csekklista befekvő betegek részére

### Beteg adatai:

Név: ..... Anyja neve: .....

Születési dátum: ..... Állandó lakcím: .....

TAJ szám: .....

Szenved-e Ön jelenleg akut légúti megbetegedésben?

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

Tünet(ek) kezdete (ÉV.HÓ.NAP): .....

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

Járt-e az elmúlt 14 napban más egészségügyi intézményben?  Nem  Igen

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

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

Dátum: .....

.....  
Nyilatkozattevő aláírása

.....  
Orvos aláírása, p.h.