



Dunapart Medical Magánrendelő kérdőíve COVID-19 fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez

| |
|--|
| Bejelentkező személy neve: |
| Lakcíme: |
| Telefonszáma: |
| E-mail: |
| Rendelőben mért testhőmérséklete: |

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre!

| | | |
|--|-------------|------------|
| Járt-e külföldön az elmúlt 14 napban? | Igen | Nem |
| Az elmúlt 14 nap során volt-e kapcsolatban olyan személlyel, akinél beigazolódott a COVID19 koronavírus fertőzés gyanúja? | Igen | Nem |
| Az elmúlt 14 napban volt-e betegségre utaló tünete? (pl. köhögés, orrfolyás, torokfájás, láz) | Igen | Nem |

Tudomásul veszem, hogy az adatlap kitöltése a COVID-19 vírus miatt történik, valamint aláírással igazolom, hogy a fenti kérdéseket megértettem és válaszaim megfelelnek a valóságnak.

Kelt: _____

Aláírás: _____

A bejelentkező személy Covid-19 gyanú szempont szerinti minősítése:

Gyanús eset:

Nem gyanús eset:

Orvos aláírása: _____