Regionaalhaigla

Декларация здоровья пациента или его сопровождающего

Имя и фамилия …….

Личный код……

Я пациент ☐ **Я сопровождающий** ☐

1. **Вы или проживающие с Вами были в контакте с носителем COVID-19 в течение последних 14 дней?**

ДА ☐ **НЕТ** ☐

Если ответ да, то кто и когда? ……..

2. **Есть ли у Вас нижеперечисленные симптомы заболевания?**

- температура выше 37,5 °C
- кашель
- боль в горле
- затрудненное дыхание, одышка
- потеря обоняния и вкуса
- боль в мышцах
- усталость или
- хрипота, насморк или заложенность носа

ДА ☐ НЕТ ☐

3. **Проходили ли Вы ранее тестирование на Covid-19, результат которого оказался положительным?**

ДА ☐ НЕТ ☐

Если ответ да, то когда? ……..

4. **Вы или проживающие с Вами выезжали в течение 14 дней за границу ?**

Если да, то кто, когда и в какую страну?

……

……

……. ……2021. г

/ подпись / / дата