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? ……………………………………………………..**

1. **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

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

 ДА  НЕТ 

**Если ответ да, то когда?** ……………………………………………………..

1. **Вы или проживающие с вами выезжали в течение 14 дней за границу ?**

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

…………………………………………………….. ……………………………………………2020. г

/ подпись / / дата