



KORONAVÍRUS (COVID 19) KÉRDŐÍV

Páciens/Kísérő neve:	Leánykori név:
Törvényes gondviselő neve:	Anyja neve:
Szül. hely/idő:	Címe:

Kérjük, válaszoljon a kérdés után a válasz aláhúzásával.

- Az elmúlt két hétben volt e láza? IGEN NEM
- Az elmúlt két hétben volt e köhögése vagy egyéb légúti tünete? IGEN NEM
- Az elmúlt két hétben érzett-e gyengeséget, végtagfájdalmat vagy egyéb influenzaszerű tüneteket? IGEN NEM
- Tud-e arról, hogy koronavírus fertőzött lenne? IGEN NEM
- Találkozott e az elmúlt két hétben koronavírus fertőzöttel? IGEN NEM
- Találkozott e olyan személlyel, aki házi vagy hatósági karanténban van? IGEN NEM
- Találkozott e olyan személlyel, aki fertőzés sújtotta országban járt az elmúlt két hétben? IGEN NEM

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdőív tartalma megfelel a valóságnak.

Tudomásul veszem, hogy a fogászati rendelő, mint járványügyi szempontból kiemelten veszélyeztetett intézmény, akár akut ellátás miatti látogatása is fertőzést és veszélyt jelenthet számomra. Vállalom ennek kockázatát.

A FogArt fogászati rendelő mindenben megfelel az Emberi Erőforrások Minisztériuma által kiadott 10/2020. (III. 14.) rendelet 2020.április. 30-ai módosítása alapján 2020.május. 5-én kelt eljárásrendnek, melyet az EMMI Egészségügyi Szakmai Kollégium Fog- és Szájbetegségek tagozata adott ki a fogászatok részére. Ez az eljárásrend pontosan meghatározza a koronavírus járvány idején alkalmazandó biztonsági protokollt.

.....
beteg (vagy törvényes képviselője) aláírása

Biatorbágy, 2020.....