

**Заявление пациентки / сопровождающего касательно
симптомов коронавируса COVID-19/контакта с зараженным**

Личные данные / наклейка

Имя и фамилия: _____ Уд. личности _____
--

Мы просим вас заполнить все данные касательно нижеуказанных симптомов и событий, если они имели место в течение последних двух недель

Жалобы	Лихорадка <input type="checkbox"/> Озноб <input type="checkbox"/> Рвота <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Головные боли <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Боли в горле <input type="checkbox"/> Мышечные боли <input type="checkbox"/> Исчезновение обонятельных/вкусовых ощущений <input type="checkbox"/> Одышка <input type="checkbox"/> Боли в животе <input type="checkbox"/> Иные: _____ <input type="checkbox"/>
Активное заболевание	У вас было диагностировано носительство коронавируса COVID19? Да / Нет (если да, укажите дату тестирования _____)
Пребывание за границей в течение последнего месяца	Да / Нет
Контакт с больным с диагнозом коронавирус COVID19 или с больным, у которого подозревается коронавирус COVID19, или любое иное инфекционное заболевание	У кого-то из ваших родственников была температура / насморк / кашель, боли в горле или какая-либо инфекция? Да / Нет Кто-то из тех, с кем вы контактировали, был в карантине в течение последних двух недель? Да / Нет Вы контактировали с человеком, у которого был выявлен / подозревался коронавирус? Да / Нет Если да, укажите дату контакта: _____

Передача вышеуказанных данных в полном объеме не будет препятствовать оказанию надлежащей медицинской помощи.

Я заявляю, что все указанные выше данные верны, и мне известно, что сокрытие информации может повлечь за собой угрозу здоровью населения и подвергнуть опасности медицинский персонал.

Полное имя: _____ Подпись: _____ Дата: ____/____/____ Время: __ : __