



**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**

<b>Жалобы</b>	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, <u>или любое иное инфекционное заболевание</u>	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 объёме 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: \_\_ : \_\_