

Kérdőív és nyilatkozat

azoknak a személyeknek, akik olyan területen jártak, ahol az új koronavírus (2019-nCoV) közösségi terjedését igazolták; illetve azoknak, akik fertőzött személlyel kapcsolatba kerülhettek

Személyes adatok:

Név (nyomtatott betűvel): _____

Szül. idő: _____

Lakcím (magyarországi valós tartózkodási hely): _____

Tel. (mobil): _____

E-mail: _____

Az előző 14 napban tartózkodott-e olyan területen, ahol az új koronavírus (2019-nCoV) közösségi terjedését igazolták? (Valamennyi érintett terület megjelölendő, a távozás dátumával együtt)

Távozás dátuma: _____

Tartomány/város/ország: _____

Kapcsolatba került valószínűsített vagy megerősített új koronavírus (2019-nCoV) okozta fertőzésben szenvedő személlyel?

Igen Utolsó érintkezés dátuma: _____

Nem

Járt-e az elmúlt 14 napban olyan kórházban, ahol a 2019-nCoV megbetegedésben szenvedő személyeket kezelnek?

Igen Dátum és a kezelés oka: _____

Nem

Észleli-e magán az alább felsorolt tünetek valamelyikét, a tünet jelentkezésének dátumát is adja meg:

Láz:

Igen Tünet fellépésének dátuma: _____

Nem

Köhögés:

Igen Tünet fellépésének dátuma: _____

Nem

Torokfájás:

Igen Tünet fellépésének dátuma: _____

Nem

Légszomj:

Igen Tünet fellépésének dátuma: _____

Nem

Igazolom, hogy a fenti nyilatkozat tartalma a valóságnak megfelel

és

a fertőzött terület elhagyása utáni 14 napban a fent felsorolt tünetek jelentkezése esetén azonnal értesítem a kijelölt személyt.

Kijelölt személy és elérhetősége

Név

Telefon

Cím

Hely, dátum

Aláírás