

Vážení pacienti,
v souvislosti se zvýšeným rizikem nákazy COVID-19, Vás žádáme, abyste před návštěvou ordinace vyplnili tento ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Jméno:

RČ:

(1) Máte nyní nebo jste v uplynulých 14 dnech měl/a zvýšenou teplotu nebo horečku?

ANO NE

(2) Objevily se u Vás v uplynulých dnech nějaké respirační problémy, např. kašel či potíže s dýcháním?

ANO NE

(3) Objevily se u Vás v uplynulých dnech poruchy chuti nebo čihu? Máte zažívací problémy, nevolnost?

ANO NE

(4) Byl(a) jste v uplynulých 14 dnech v kontaktu s někým, u koho se potvrdila nákaza COVID-19?

ANO NE

(5) Byl/a jste v uplynulých 14 dnech v kontaktu s někým, z vašeho okolí, kdo měl horečku nebo dýchací obtíže?

ANO NE

(6) Cestoval/a jste v posledních 14 dnech mimo ČR?

ANO NE

Čestně prohlašuji a svým podpisem stvrzuji, že všechny informace, které jsou zde obsažené jsou pravdivé.

V Praze dne:

Podpis pacienta:

Aktuálně naměřená teplota:

Podpis ošetřujícího: