

Vážená paní, vážený pane,

v souvislosti se zvýšeným rizikem přenosu nákazy COVID – 19 Vás žádáme, abyste před návštěvou naší ordinace vyplnil/a tento **ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK**

**Jméno, příjmení:** .....

**Rodné číslo:** .....

**Naměřená tělesná teplota:** ..... °C (nevyplňujte)

*Vhodnou odpověď zakroužkujte, nehodící se odpověď škrtněte.*



- Jste si vědom/a, že u Vás probíhá nákaza koronavirem nebo pociťujete příznaky onemocnění jako je kašel, únava, dušnost, bolesti svalů, kloubů, bolesti v krku, oslabení chuti a čichu?

ANO                      NE

- Máte nebo měl/a jste v posledních dnech horečku či zvýšenou tělesnou teplotu?

ANO                      NE

- Byl/a jste v uplynulých 14 dnech ve styku s osobou trpící příznaky virové infekce?

ANO                      NE

- Byl/a jste v uplynulých 14 dnech v kontaktu s osobou, u které se potvrdila nákaza COVID-19?

ANO                      NE

- Jste v současné době v domácí karanténě? Např. z důvodu kontaktu s infikovaným člověkem, pozitivního testu na COVID-19, sdílení společné domácnosti s osobou, které byl nařízen režim domácí karantény.

ANO                      NE

- Jste si vědom/a jiného, zde nejmenovaného zvýšeného rizika přenosu infekce souvisejícího např. s výkonem Vašeho povolání?

ANO                      NE

- Cítíte se zcela zdráv/a?

ANO                      NE

**Čestně prohlašuji a svým podpisem stvrzuji, že všechny mnou uvedené informace jsou pravdivé.**

V .....

dne .....

Podpis pacienta: .....