

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 v kontaktu s osobou, u které se potvrdila nákaza COVID-19?

ANO NE

- Cítíte se zcela zdrav/a?

ANO NE

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

V

dne

Podpis pacienta: