**KORONAVÍRUS FERTŐZÉSSEL ÖSSZEFÜGGŐ ADATEGYEZTETÉS**

**Tisztelt Ügyfelünk!**

**Egészségügyi szolgáltatóként megelőző járványügyi intézkedések megtételére vagyunk kötelesek. Ezen túlmenően is fokozott figyelmet fordítunk mind a pácienseink, mind pedig a gyógyításban közreműködő szakszemélyzet egészségi állapotának megőrzésére. A fentiekre tekintettel kérjük szíveskedjen kitölteni a kérdőívet. Személyes adatainak kezelésére a kihelyezett adatkezelési tájékoztató vonatkozik.**

**Együttműködését nagyon köszönjük! Budai Egészségközpont**

**Név**:………………………………………………………...… **Születési idő**:………………………………........................................

**TAJ**: ……………………………................ **Lakcím**:…………………………………….……………………………………..……………….…

**Érzékelte-e az elmúlt 14 nap során ÚJONNAN megjelent tünetként az alábbi tünetek BÁRMELYIKÉT?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Tünetek** | **Igen** | **Nem** |
| 1 | 37.5 Celsius fokot meghaladó láz  |  |  |
| 2 | új tünetként kialakuló köhögés (nem tartozik ide a meglévő krónikus betegségek okozta tünetek pl.asztma, allergia) |  |  |
| 3 | hirtelen kialakuló, új tünetként jelentkező légszomj |  |  |
| 4 | új tünetként megjelenő hasmenés és/vagy hányás (nem krónikus betegséghez társultan) |  |  |
| 5 | új tünetként jelentkező szaglás-, és/vagy ízérzésvesztés |  |  |
| 6 | hirtelen, test szerte kialakuló, új tünetként jelentkező izomfájdalom |  |  |

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben nem rendelkezik védettségi igazolvánnyal, és invazív beavatkozásra érkezett, aznapi negatív antigén gyorsteszt (hivatalos, laboratórium által végzett) igazolás bemutatása szükséges.

**Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.**

**Kelt: …………………………………… ………………………………………………… aláírás**

***A személyzet tölti ki!***

Belépéskor mért testhőmérséklet: …………….………………………. Celsius fok

Verziószám: 14.

Kiadás dátuma: 2021.10.06