**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! Országos Gerincgyógyászati Központ**

**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 |  |  |

**A fenti bármely tünet esetén igaz-e Önre az alábbi állítás?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Igen** | **Nem** |
| 7. | * Covid 19 ellen védettséggel rendelkezik a következők szerint: * Pfizer, Moderna, Sputnyik V, Sinopharm, AstraZeneca oltóanyag esetén megkapott két oltást és a második oltás után eltelt 14 nap. * Janssen oltóanyag esetén megkapott egy oltást és az oltás után eltelt 21 nap |  |  |

A tünetes betegek egyedileg orvossal történő konzultáció, vélemény alapján kerülnek ellátásra.

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

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

***A személyzet tölti ki!***

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

Verziószám:. 10.

Kiadás dátuma2021.06.08.