**KÉRDŐÍV KORONAVÍRUS FERTŐZÉS (COVID-19) RIZIKÓJÁNAK FELMÉRÉSÉRE**

1. Volt-e valamilyen betegsége az elmúlt 2 hétben? IGEN NEM
2. Volt-e 37,5 Celsius fokot meghaladó láza? IGEN NEM
3. Jelenleg van-e köhögéses panasza? IGEN NEM
4. Van-e torokfájása? IGEN NEM
5. Tapasztal-e ízérzési vagy szaglási zavart? IGEN NEM
6. Találkozott-e olyan személlyel, akinek a fenti tünetek, illetve panaszok bármelyike jelentkezett? IGEN NEM
7. Járt-e olyan területen, illetve olyan közösségben, ahol magas a koronavírus fertőzés rizikója?

IGEN NEM

1. Dolgozik-e Ön kórházban, ápolási osztályon vagy bármely más egészségügyi intézményben?

IGEN NEM

1. Találkozott-e Ön mostanában koronavírus fertőzésben szenvedő beteggel?

IGEN NEM

1. Fennáll-e Önnél most, vagy volt-e korábban COVID-19 infekciója?

IGEN NEM

1. Van-e valaki az Önnel együtt lakó személyek között, akinek COVID-19 fertőzése van vagy volt, illetve akinek erre utasló tünetei vannak? (láz, köhögés, íz- és/vagy szagérzés zavar, izomfájdalom, gyengeség) IGEN NEM
2. Amennyiben Önnek volt COVID-19 fertőzése, történt-e Önnél a gyógyulást igazoló diagnosztikai vizsgálat? IGEN NEM

Budapest,

……………………………………….. ……………………………………….
Páciens aláírása Ellenőrzést végző szakdolgozó