

## Nyilatkozat

Név: .....

Születési hely, idő: .....

Anyja neve: .....

Lakóhelye: .....

Állampolgársága: .....

a koronavírus fertőzés terjedésének megakadályozásához kapcsolódó fokozott intézkedések okán az alábbi nyilatkozatot teszem:

1.	Van-e láza? (38 °C vagy annál magasabb testhőmérséklet)	IGEN	NINCS
2.	Újonnan jelentkezett-e Önnél folyamatos köhögés? (egy óránál hosszabb ideig köhög, vagy 24 óra alatt legalább 3 köhögési epizód jelentkezik; vagy ha máskor is köhög, de a szokásosnál rosszabb köhögés jelentkezett)	IGEN	NEM
3.	Újonnan jelentkezett-e Önnél légszomj, nehézlégzés, fulladás, vagy a már meglévő ilyen tünet súlyosbodott-e?	IGEN	NEM
4.	Van-e Önnek egyéb akut légúti fertőzése – megfázás, influenzaszerű tünetek, influenza, orrfolyás, rekedtség stb.?	IGEN	NINCS
5.	Előfordult-e Önnél az utóbbi napokban hányás, hasmenés?	IGEN	NEM
6.	Az utóbbi 14 napban járt-e Ön külföldön?	IGEN	NEM
7.	A tünetek (láz, köhögés, légszomj) kezdetét megelőző 14 napban járt-e Ön külföldön?	IGEN	NEM
8.	Került-e Ön szoros kapcsolatba a tünetek (láz, köhögés, légszomj) megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel?	IGEN	NEM
9.	Előfordultak-e az Ön munkahelyén, lakóközösségében, családi, baráti közösségben tömegesen, nagy számban akut légúti fertőzések – megfázások, influenzaszerű tünetek, influenza, orrfolyás, rekedtség köhögés, lázas betegségek stb.?	IGEN	NEM

*Forrás: Csekklista a háziorvosok számára a COVID-19 fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez 2020. március 13.; Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkársága Óvintézkedések magasabb kockázatú betegcsoportok számára- COVID-19 vírus fertőzéssel kapcsolatban  
Lezárás dátuma: 2020. 03. 11.*

A fentiekben leírtak a valóságnak mindenben megfelelnek.

Szolnok, 2020. év ..... hó ..... nap

.....  
**Ügyfél**