***COVID-19 KOCKÁZATBECSLŐ KÉRDŐÍV***

*Betegeink/pácienseink számára*

***Név: ………………………………………***

***Születési idő: ………………………………………***

***TAJ szám: ………………………………………***

***Tisztelt Betegeink/Pácienseink!***

A Koronavírus fertőzésre gyanús tünetek kiszűrése és a fertőzés továbbadásának elkerülése mindannyiunk közös érdeke. Ennek elősegítése céljából kérem, figyelmesen olvassa el az alábbi kérdéseket és ezek **összegzéseként** az **IGEN** vagy a **NEM** választ fogalmazza meg.

**Amennyiben a kérdőív 2 NEM választ tartalmaz, úgy Ön fogadható a szakrendelésen.**

Amennyiben a kérdőív **1 vagy 2 IGEN** választ tartalmaz, úgy szakvizsgálata előtt szükséges az egészségügyi személyzettel történő konzultáció a koronavírus fertőzés gyanújának egyéni elbírálása céljából.

**Érzékeli-e a koronavírus fertőzésre jellemző, alábbi tünetek legalább egyikét?**

1. Van-e láza (38 oC vagy magasabb)?
2. Köhög-e?
3. Van-e újonnan fellépő légszomja, nehézlégzése?
4. Izom, ízületi fájdalma van-e?
5. Van-e íz- vagy szaglásérzés zavara?

IGEN

NEM

 **Került-e szoros kapcsolatba koronavírus fertőzöttel?**

Szoros kapcsolat az, ha valaki a valószínűsített vagy a megerősített koronavírus fertőzöttel:

egy háztartásban él;

személyes kapcsolatban volt (2 méteren belül és 15 percnél hosszabb időn át);

zárt légtérben tartózkodott (pl. munkahelyén, iskolában, kórházi beteglátogatás során);

közvetlen fizikai kapcsolatban volt (pl. kézfogás útján);

védőeszköz alkalmazása nélkül új koronavírussal fertőzött beteg váladékával érintkezett (pl. ráköhögtek);

COVID-19 beteget ápolt

IGEN

NEM

*Jelen kérdőív aláírásával nyilatkozom, hogy az abban foglaltakat szabad akaratomból, befolyástól mentesen és a valóságnak megfelelő tartalommal tettem meg.*

Dátum:­**2020. ..........................**­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 aláírás