

Nyilatkozat új koronavírus (COVID-19) és egyéb fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez

Gyermek neve:	
Gyermek TAJ száma:	
Kísérő neve:	
Kísérő lakcíme:	
Kísérő születési helye és ideje:	
Kísérő telefonszáma:	

A. Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön vagy a gyermek lázas-e (38 fok felett)?		
Ön vagy a gyermek lázas volt-e az elmúlt 14 napban (38 fok felett)?		
Ön vagy a gyermek köhög-e?		
Ön vagy a gyermek köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek vagy a gyermeknek légszomja van-e?		
Önnek vagy a gyermeknek légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
B1. Koronavírussal érintett területen járt személyek	Igen	Nem
Ön vagy a gyermek járt-e a fenti tünetek megjelenése előtti 14 napban új koronavírus által érintett területen/országban? (A lista a https://www.nnk.gov.hu/ oldalon érhető el)		
B2. Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel	Igen	Nem
Ön vagy gyermek egy háztartásban él-e új koronavírus fertőzött beteggel?		
Ön vagy a gyermek személyes kapcsolatba került-e új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő)?		
Ön vagy a gyermek zárt légtérben tartózkodott-e új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás)?		
Ön vagy a gyermek repülőúton bármilyen irányban 2 ülésnyi távolságban ült-e az új koronavírussal fertőzött betegtől?		
Ön a repülőgép személyzeteként az új koronavírussal fertőzött beteg ülőhely szektorában látott-e el szolgálatot?		
Ön az új koronavírussal fertőzött beteget ápolta-e?		
Ön az előírt egyéni védőeszközök alkalmazása nélkül új koronavírussal fertőzött beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vett-e?		
Ön laboratóriumi dolgozóként új koronavírussal fertőzött beteg mintáit kezelte-e?		

Tájékoztatjuk, hogy új koronavírus szempontból gyanús esetnek minősül akár [A]+[B1] alapján, azaz a felsorolt tünetek bármelyike fennállása mellett teljesült az utazási kritérium a megelőző 14 napban, akár [A]+[B2] alapján, azaz a felsorolt tünetek bármelyike fennállása mellett bármilyen formában szoros kontaktja volt valószínűsített vagy megerősített új koronavírus esetnek a megelőző 14 napban.

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és vállalom, hogy az adatokban bekövetkező bármely változás esetén értesítem a kezelő gyógytornászt és a Dévény Anna Alapítványt (telefonszám: +36 1 355 5392 vagy a +36 30 998 3252).

Kelt:

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatban foglaltak az alábbi időpontokban is érvényesek:

Dátum									
Szignó									