

## 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:	

Tünetek (Kérjük, hogy a megfelelő választ X-elje be)	Igen	Nem
Ön (családtagjai) vagy a gyermek lázas-e (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) vagy a gyermek lázas volt-e az elmúlt 14 napban (37 fok felett)?		
Ön (családtagjai) vagy a gyermek köhög-e?		
Ön (családtagjai) vagy a gyermek köhögött-e az elmúlt 14 napban?		
Önnek (családtagjainak) vagy a gyermeknek légszomja van-e?		
Önnek (családtagjainak) vagy a gyermeknek légszomja volt-e az elmúlt 14 napban?		
<b>Külföldi utazás</b>	<b>Igen</b>	<b>Nem</b>
Ön vagy a gyermek járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?		
<b>Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel</b>	<b>Igen</b>	<b>Nem</b>
Ön vagy a gyermek egy háztartásban él-e új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel?		
Ön vagy a gyermek személyes kapcsolatba került-e új koronavírus megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő, pl. munkahely, család, baráti társaság)?		
Ön az új koronavírusal megerősítetten vagy valószínűsítetten fertőzött beteget ápol vagy ápolt-e?		

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									
Gyermek lázmérése									
Kísérő lázmérése									