ДЕКЛАРАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ COVID-19 ДЛЯ ПОСЕТИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ПО УХОДУ

ДЕКЛАРАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ COVID-19 ДЛЯ ПОСЕТИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ПО УХОДУ

ПОСЕТИТЕЛЬ

Имя и фамилия введи имя и фамилию

Личный код введи личный код

1. Вы или кто-либо из Вашей семьи контактировали в течение последних 14 дней с больным COVID-19?

[ ]  Да, когда: когда   [ ]  НЕТ

2. У Вас присутствует хотя бы один из нижеперечисленных симптомов заболевания?

[ ]  Да (выберите симптомы) [ ]  НЕТ

[ ] ‒ температура выше 37,5 °C

[ ] ‒ кашель

[ ] ‒ боль в горле

[ ] ‒ трудности с дыханием, нехватка воздуха

[ ] ‒ потеря вкуса и обоняния

[ ] ‒ боль в мышцах

[ ] ‒ нехарактерная усталость

[ ] ‒ другое другое

3. Вы ранее делали тест на COVID-19, ответ на который был ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ?

[ ]  Да, когда: когда [ ]  НЕТ

 введи дату

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/подпись/ /дата/