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/