



Záznam o screeningu na Covid-19

Vyplňte prosím všechna bílá pole, nevíte-li si rady, poradíme vám

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Rodné číslo: | |
| | Tělesná teplota: | |
| Měl jste v posledním týdnu zvýšenou tělesnou teplotu, zimnici nebo třesavku, nově vzniklý kašel, bolesti svalů, zvýšenou únavu, ztrátu čichu, rýmu (nealergickou) nebo bolest v krku? | ANO <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> |
| Máte nařízenou karanténu? | ANO <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> |
| Byl jste v blízkém kontaktu s osobou s onemocněním Covid-19? | ANO <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> |
| Absolvoval jste test na Covid-19 a výsledek byl pozitivní (nebo ho ještě neznáte)? | ANO <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> |
| V případě, že jste na některou z otázek odpověděl ANO , věnujte zvýšenou pozornost hygieně rukou, udržování dostatečného odstupu, mějte stále nasazenou roušku. Upozorněte na tuto skutečnost hned při prvním kontaktu ošetřující personál (např. pracovníka recepce, ambulance nebo oddělení, na které jdete). | | |
| Pokud jste byl v posledním týdnu testován na COVID-19 pomocí výtěru z nosu, sdělte tuto skutečnost přijímajícímu pracovníkovi. | | |
| Prohlašuji, že jsem uvedl pravdivé a úplné údaje. Jsem si vědom důsledků, které jsou spojeny s uvedením nepravdivých údajů (může se jednat o trestný čin šíření nakažlivé nemoci). | | |
| Podpis pacienta/zákonného zástupce, datum: | Zkontroloval: | |