Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě | IČ 00842001

DOTAZNÍK RIZIKA INFEKCE COVID-19

Jméno a příjmení (zákonného zástupce):

Rodné číslo:

Vaši odpověď prosím označte.

Měl/a jste Vy nebo někdo z Vašich blízkých (rodina, přátelé, spolubydlící atd.) v posledním týdnu zvýšenou tělesnou teplotu, zimnici nebo třesavku, nově vzniklý kašel, dušnost, bolesti svalů, zvýšenou únavu, ztrátu čichu, rýmu (nealergickou), bolest v krku nebo průjem?	**ano** ○	**ne** ○
Vrátil/a jste se v posledních 14 dnech ze zahraničí?	**ano** ○	**ne** ○
Měl/a jste rizikový kontakt s osobou s onemocněním COVID-19?	**ano** ○	**ne** ○
Absolvoval/a jste test na COVID-19 a výsledek byl pozitivní?	**ano** ○	**ne** ○
Máte nařízenou domácí karanténu krajskou hygienickou stanicí?	**ano** ○	**ne** ○

Vyplněním tohoto formuláře souhlasím se zpracováním osobních údajů za účelem posouzení zdravotního rizika a přístupu ke zdravotní službě poskytovatele zdravotních služeb Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace.

Podpis (zákonného zástupce) .....

Tuto část dotazníku vyplní zdravotnický personál.

Jméno, příjmení, podpis, jmenovka, kontrolujícího: .....

V Nové Městě na Moravě, dne: