**KÉRDŐÍV COVID-19-CEL KAPCSOLATBAN**

1. Jelentkezett-e Önnél az elmúlt három nap során újonnan kialakult

• láz vagy hőemelkedés (37,5 C); igen nem

• fejfájás, rossz közérzet, gyengeség, izomfájdalom; igen nem

• száraz köhögés, nehézlégzés, légszomj, szapora légvétel; igen nem

• torokfájás, szaglás/ízérzés elvesztése, igen nem

• émelygés, hányás, hasmenés? igen nem

2. Érintkezett-e az elmúlt 14 napban igazoltan koronavírus-fertőzésben szenvedő beteggel?

 igen nem

3. Érintkezett-e az elmúlt 14 nap során olyan személlyel, akit hatósági karanténban különítettek el koronavírus-fertőzés gyanúja miatt?
 igen nem

4. Járt-e 14 napon belül külföldön, vagy fogadott-e külföldről érkezett vendéget?

igen nem

5. Érintkezett-e az elmúlt 14 napban olyan emberrel, akinek láza, köhögése, légszomja volt?

igen nem

Szükség esetén javasolt a koronavírus teszt (PCR vizsgálat) elvégzése.

Kelt.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
név (nyomtatott betűvel) aláírás