

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Vážení pacienti, vzhledem k současné epidemiologické situaci v souvislosti s onemocněním COVID - 19, jsme nuceni zavést přísná opatření k ochraně zdraví Vás, našich klientů a nás, zdravotnického personálu v rámci bezpečného provozu naší ordinace. Z tohoto důvodu Vás žádáme o pravdivé vyplnění následujícího dotazníku před návštěvou naší ordinace. Svým podpisem stvrzujete pravdivost a správnost uvedených údajů. Pokud by se potvrdilo uvedení nepravdivých údajů, může být toto považováno za úmyslné šíření nakažlivé choroby se všemi důsledky z toho vyplývajícími.

Jméno a
příjmení:.....

Datum narození:.....

E-mailová
adresa:.....

Platný telefonní
kontakt:.....

Platný telefonní kontakt na blízkou osobu a její jméno a
příjmení:.....

..

Odpovězte na následující otázky tak, že zakroužkujete odpověď ANO nebo NE.

1. v posledních 14 dnech jsem byl/a v zahraničí (jsem pendler / mám příbuzné v zahraničí / přišel jsem do styku s osobou, která pobývala v zahraničí) ANO NE

2. **byl/a jsem ve styku s osobou trpící příznaky virové infekce** ("nachlazení", "chřipka", "kašel", "rýma", zvýšená teplota či horečka, chrapt, dušnost ap.) či nemoci COVID-19 ANO NE

3. **byl/a jsem ve styku s osobou, která se aktuálně nachází v nařízené karanténě** v souvislosti s nemocí COVID-19 ANO NE

4. **byla mi nařízena karanténa** v souvislosti s výskytem nemoci COVID-19 ANO NE

5. **pozoruji na sobě příznaky** nemoci COVID-19 (zvýšená teplota, kašel, bolesti svalů a kloubů, dušnost, ztráta čichu nebo chuti, nezvyklá únava) ANO NE

6. **léčím se s prokázaným onemocněním COVID-19** ANO NE

7. V rámci své práce se **stýkám s větším počtem osob** nebo sdílím kancelář / open space s větším počtem osob

ANO NE

8. V rámci své práce **přicházím do blízkého přímého kontaktu s klienty / zákazníky** (kontakt bližší než 2m)

ANO NE

9. **Cítím se zdrav** a bez příznaků jakéhokoli onemocnění

ANO NE

.....

Podpis osoby, která odebrala anamnézu

Jiné doplňující anamnestické

údaje:.....

.....

.....

.....

PROHLAŠUJI, že na všechny otázky jsem odpověděl/a pravdivě a nezamlčel/a jsem žádnou důležitou informaci o svém současném zdravotním stavu ani o svých kontaktech s dalšími osobami.

Datum

Podpis pacienta

.