

## DOTAZNÍK COVID-19

Vážení pacienti, v současné situaci je stále potřeba dodržovat opatření k minimalizaci rizik přenosu infekce v rámci zdravotnického zařízení. Vzhledem k tomu Vás žádáme o pravdivé vyplnění následujícího dotazníku. Děkujeme za spolupráci.

Příjmení a jméno: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

1) Důvod příchodu:

a) antigenní testování **bezpříznakových** pacientů

b) ORL vyšetření – hlavní příznaky: .....

2) Teplota: (nyní nebo v posledních dnech)

Ne  Ano – kolik?

3) Kašel, dušnost nebo zhoršené dýchání: (nyní nebo v posledních dnech)

Ne  Ano

4) Bolest svalů, kloubů, zimnice, únava: (nyní nebo v posledních dnech)

Ne  Ano

5) Ztráta čichu a/nebo chuti: (nyní nebo v posledních dnech)

Ne  Ano

6) Bolest hlavy: (nyní nebo v posledních dnech)

Ne  Ano

7) Bolest v krku: (nyní nebo v posledních dnech)

Ne  Ano

8) Průjem, zvracení: (nyní nebo v posledních dnech)

Ne  Ano

9) Byl Vám v posledních **180** dnech proveden test PCR na Covid-19 s pozitivním výsledkem?

Ne  Ano – kdy?

10) Byl Vám v posledních **7** dnech proveden test PCR nebo antigenní test s negativním výsledkem?

Ne  Ano

11) Byl/a jste v posledních **14** dnech v rizikovém kontaktu s někým pozitivním na Covid-19?

Ne  Ano

12) Absolvoval/a jste kompletní očkování vakcínou proti Covid-19?

Ne  Ano – kdy?

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_