** Besthetics I.M.C Kft - International Medical Centers**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre (X) Jelölésével.** | **IGEN** | **NEM** |
| **Meglátogatta-e bármelyik külföldi helyet az elmúlt 30 napban?** |  |  |
| **Járt-e egyéb más országban vagy varosban az elmúlt 14 napban / Ha igen akkor kérjük, írja le, hogy melyekben? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **Az elmúlt 15 nap során volt-e kapcsolatban / közelében olyan személlyel, akinél beigazolódott Vagy gyanús a COVID-19 koronavírus betegségre utaló tünete? Ha igen , Hány napja ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **Van e fertőzés gyanúja? Ha igen - Mióta beteg vagy tunetes - napokban számolva? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **Az elmúlt 90 napban volt-e betegségre utaló tünete? (pl. köhögés, orrfolyás, torokfájás, lélegzési nehézség, láz, Vagy Más? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **Családtagokkal együttélés egy házban:\_\_\_\_Tagok száma\_\_\_\_\_: (Ha nem hagyja üresen.)** |  |  |
| **Munka: Dolgoztam vagy tartózkodtam több emberek között az elmúlt 30 napon több mind 15 percig? Munkahely: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |

|  |
| --- |
| **Kérjük töltse ki az alábbi adatokat (Nyomtatott nagybetűkkel):**  **Teljes Név:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Mobil vagy És Telefonszám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **E-Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Lakcim :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Személyi igazolvány száma /vagy Utlevél:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **születési idő : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Taj / Szám : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Alulírott:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ezúton nyilatkozom, hogy tudomásul veszem és elfogadom az alábbiakat: Hogy az adatlap kitöltése a COVID-19 vírus teszt miatt történik, valamint aláírásommal igazolom, hogy a fenti kérdéseket megértettem és válaszaim megfelelnek a valóságnak. ”Pozitív” teszt eredmény esetben, adataimat továbbíthatja I.M.C a megfelelő hatóságnak. Tudomásul veszem, hogy a tesztek nem 100% pontosságúak, előfordulhatnak hamis negatív és hamis pozitív eredmények, álpozitív eredményt adhatnak hasonló ellenanyagok jelenléte miatt is, és hogy szükségem lesz további PCR tesztekre, Saját kötelességem bejelenteni a Pozitív Covid-19 gyanúját a házi orvosomnak és az „ANTSZ” fele. A további PCR teszt eredményéig javasolt házi karanténban tartózkodni illetve a hatósági szabályok és utasítása szerint eljárni.**

**Kelt: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 2020. Aláírás: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Rovatot a laboratórium tölti ki.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PCR: Neg\_\_\_\_ / Poz\_\_\_\_/ IgM: Neg\_\_\_/ Poz\_\_\_/ IgG: Neg\_\_\_/ Poz\_\_\_/ Antigen: Neg\_\_\_\_/ Poz\_\_\_\_/**