



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 városban 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 betegsége utaló tünete? Ha igen , Hány napja ? _____		
Van e fertőzés gyanúja? Ha igen - Mióta beteg vagy tünetes - napokban számolva ? _____		
Az elmúlt 90 napban volt-e betegsége 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 töltsse ki az alábbi adatokat (Nyomtatott nagybetűkkel):

Teljes Név: _____
Mobil vagy És Telefonszám: _____
E-Mail : _____
Lakcím : _____
Személyi igazolvány száma /vagy Utlevál: _____
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 aláírással 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____/