



AB-Dentál Fogorvosi és Szájsebészeti Kft.
7624 Pécs, Hungária út 53/1, Tel.: +36-72-213507
7815 Harkány, Szent István u 57. Tel.: +36-72-479978
e-mail: balazs.nagy@ab-dental.hu, aniko.voros@ab-dental.hu
www.ab-dental.hu

Járványügyi nyilatkozat COVID-19 vírushalálással kapcsolatban

Név:.....

Születési hely, idő:.....

Lakcím:.....

Értesítési telefonszám:.....

Kérjük, válaszoljon a kérdés után a megfelelő válasz aláhúzásával!

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Volt-e az elmúlt 2 hétben lázzal, hőemelkedéssel járó megbetegedése? | igen/nem |
| 2. Volt-e az elmúlt 2 hétben köhögéssel, nehézlégzéssel járó megbetegedése? | igen/nem |
| 3. Ezen idő alatt érzett-e gyengeséget, végtagfájdalmat, egyéb influenzaszerű tüneteket? | igen/nem |
| 4. Volt-e az elmúlt 2 hétben hányással, hasmenéssel járó megbetegedése? | igen/nem |
| 5. Szoros kapcsolatba került-e az elmúlt 2 hétben koronavírussal (COVID-19) fertőzött személlyel, vagy házi karanténban levő személlyel? | igen/nem |

Szoros kapcsolatban álló személynek minősül az, aki a valószínűsített vagy a megerősített COVID-19 fertőzöttel

- egy háztartásban él;
- személyes kapcsolatba került (2 méteren belüli távolság és 15 percnél hosszabb idő);
- zárt légtérben tartózkodott (2 méteren belüli távolság és 15 percnél hosszabb idő) [pl. munkahelyen egymás közelében, iskolában, egy osztályteremben, kórházi beteglátogatás során];
- közvetlen fizikai kapcsolatba került (pl. kézfogás útján);
- védőeszköz alkalmazása nélkül új koronavírussal fertőzött beteg váladékával érintkezett (pl. ráköhögtek vagy szabad kézzel ért használt papír zsebkendőhöz);
- COVID-19 beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vett vagy laboratóriumi dolgozóként COVID-19 beteg mintáit kezelte.

6. Járt-e az elmúlt 2 hétben külföldön, ha igen hol? **igen/nem**

7. Kapott-e már Corona vírus elleni védőoltást, ha igen mikor?..... **igen/nem**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy jelenleg egészségesnek érzem magam, a fent leírt tényeket megértettem. Kijelentem, hogy az ott adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Amennyiben a kezelési időszakom alatt a fenti kérdéseket illetően változás történik, akkor azt a kezelőorvosomnak haladéktalanul jelzem.

Dátum:.....

.....
nyilatkozattevő aláírása (kiskorú esetén szülő)