

Covid-19 Формуляр для посетителей

Уважаемые посетители!

Ввиду развития пандемии Covid-19 необходимо, чтобы все посетители на входе сообщали некоторые личные данные. Такая мера поможет вам, нашим пациентам и сотрудникам предотвратить распространение вируса.

При этом мы руководствуемся Приказом Сената о защите от распространения инфекции, § 14 абзац 1 № 1-11, от 3.04.2020 г.

Мы благодарим вас за поддержку и кооперацию!

(Просьба предъявить удостоверение личности для проверки данных.)

ДАнные ПОСЕТИТЕЛЯ

Дата посещения:

Фамилия, имя:

Дата рождения:

Адрес (улица, индекс, город):

Телефон:

Фамилия, имя посещаемого пациента:

Отделение:

Просьба также ответить на следующие вопросы:

	Да	Нет
За последние 14 дней был ли у вас контакт с лицом, инфицированным Covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Наблюдаются или наблюдались ли у вас за последние несколько дней признаки заболевания гриппом с типичными симптомами, напр., кашель, температура, боли в горле, усталость, головные боли или боли в конечностях?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Наблюдаются у вас сейчас проблемы со вкусом и/или обонянием?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Измерение температуры: градусов по Цельсию		

- ☐ Я обязуюсь соблюдать применимые правила гигиены (ношение защитной маски, дезинфекция рук, контроль минимального расстояния, отсутствие физического контакта) и следовать им.
- ☐ Я согласен, что мои данные будут сохранены и, при необходимости, переданы в отдел здравоохранения в рамках контроля контактов.

Дата и подпись посетителя

Дата и подпись сотрудника регистратуры