

**Kérdőív és nyilatkozat az új koronavírus (nCoV) kockázatáról**

Alulírott önként töltöm ki jelen kérdőívet és adom meg az adataimat az Oázis Lelkigondozó és Mentálhigiénés Szolgálatban igénybe vett szolgáltatáshoz. Tudomásul veszem, hogy jelen kérdőívet az Oázis Lelkigondozó és Mentálhigiénés Szolgálat az esetleges megfertőződés kockázatának csökkentése érdekében, mint célhoz kötötten tölteti ki, elektronikus vagy egyéb formában nem tárolja, harmadik fél részére hozzáférhetővé nem teszi és legkésőbb két hét elteltével megsemmisíti.

Ha a találkozás után nem sokkal kiderülne, hogy mégis koronavírus (nCoV) okozta betegségben szenved kérjük és köszönjük, hogy szolgálatunkat értesíti.

**Mely országokban tartózkodott a megelőző 21 napban? (Valamennyi érintett ország megjelölendő, a távozás dátumával együtt.)**

**Kapott bármilyen, egészségügyi állapotával kapcsolatos kezelést a megelőző 21 napban a fent felsorolt országokban?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IGEN / NEM | Kezelés oka: | Ideje: |

⁬**Korábban szenvedett-e az új koronavírus (nCoV) okozta betegségben?**

|  |  |
| --- | --- |
| IGEN / NEM | A diagnózis felállításának időpontja: |

**Kapcsolatba került-e az új koronavírus (nCoV) fertőzésben szenvedő, vagy arra gyanús beteggel?**

|  |  |
| --- | --- |
| IGEN / NEM | Az utolsó érintkezés időpontja: |

**Jelentkezett-e az alább felsorolt tünetek valamelyike, a tünet jelentkezésének dátumát is adja meg:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HŐEMELKEDÉS, LÁZ | IGEN / NEM | Tünet fellépésének dátuma: |
| ORRFOLYÁS | IGEN / NEM | Tünet fellépésének dátuma: |
| TOROKFÁJÁS | IGEN / NEM | Tünet fellépésének dátuma: |
| IZÜLETI/ IZOMFÁJDALOM | IGEN / NEM | Tünet fellépésének dátuma: |
| SZAGLÓKÉPESSÉG VESZTÉS | IGEN / NEM | Tünet fellépésének dátuma: |
| MAGAS, 38°C FELETTI LÁZ | IGEN / NEM | Tünet fellépésének dátuma: |
| LÉGSZOMJ/ LÉGZÉSI NEHÉZSÉG | IGEN / NEM | Tünet fellépésének dátuma: |

*Igazolom, hogy a fenti nyilatkozat tartalma a valóságnak megfelel és a fent felsorolt tünetek jelentkezése esetén (hirtelen jelentkező magas láz mellett) azonnal értesítem a kijelölt személyt. Nyilatkozom, hogy adataimat önként adom meg, kizárólag a lelkigondozói beszélgetés céljából.*

*Kelt::……………………………………………………..*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nyilatkozó** | **Kijelölt személy/ lelkigondozó** |
| Neve: | Neve: |
| Elérhetőség (email, telefonszám): | A helyszíni hőmérés eredménye: |
| Aláírása: | Aláírása: |