

**Név:**

**Szül. dátum:**

**TAJ:**

Testhőmérséklet:

Járt-e külföldön az utóbbi 14 napban? Igen  Nem

Ingázik-e külföldről jelenleg? Igen  Nem

Volt-e kontaktusa külföldről érkezővel az elmúlt 14 napban? Igen  Nem

Volt-e COVID-19 fertőzött beteggel kontaktusa az elmúlt 14 napban? Igen  Nem

Volt-e COVID-19-re is jellemző tünete az utóbbi 3 hónapban? Igen  Nem

Ha igen: láz  köhögés  légúti hurut  hányás, hasmenés

Volt-e egy háztartásban élő hozzátartozója karanténban Covid-19 miatt? Igen  Nem

**Járványügyi szempontból:** Negatív  Pozitív

Védőmaszk kiadás: Igen  Nem

Beleegyezem a kitöltött járványügyi kérdőív archiválásába.

---

A beteg aláírása

---

A pre-triage-t végző aláírása

Dátum: