ФИО_____

_____

Дата рождения пациента_____

Температура тела на дату приёма (измеряется медицинским работником):		
Обведите нужное - ДА / НЕТ		
Страдаете ли вы хроническими заболеваниями бронхо - лёгочной, сердечно - сосудистой и эндокринной системы? Если «ДА», то каким? _____	**ДА**	**НЕТ**
Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, находящимися на лечении и/или под наблюдением по инфекции, вызванной короновирусом COVID-19?	**ДА**	**НЕТ**
респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), внебольничной пневмонии, таких как:	**ДА**	**НЕТ**
• Повышенная температура тела (выше 37,1ºС)	**ДА**	**НЕТ**
• Кашель	**ДА**	**НЕТ**
• Насморк	**ДА**	**НЕТ**
• Затруднённое дыхание / боли в груди	**ДА**	**НЕТ**
Болели ли Вы коронавирусной инфекцией?	**ДА**	**НЕТ**
Привиты ли Вы против COVID-19?	**ДА**	**НЕТ**
Прибыли ли Вы из заграницы в течение 14 последних дней?	**ДА**	**НЕТ**
Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, прибывшими из заграницы?	**ДА**	**НЕТ**

Подпись пациента_____ «_____» _____ **20**

АНКЕТА