1. számú melléklet

Nyilatkozat

Név: .....

Születési hely, idő: .....

Anyja neve: .....

Lakóhelye: .....

Állampolgársága: .....

a koronavírus fertőzés terjedésének megakadályozásához kapcsolódó fokozott intézkedések okán az alábbi nyilatkozatot teszem:

1.	Van-e láza? (38 °C vagy annál magasabb testhőmérséklet)	IGEN	NINCS
2.	Újonnan jelentkezett-e Önnél folyamatos köhögés? (egy óránál hosszabb ideig köhög, vagy 24 óra alatt legalább 3 köhögési epizód jelentkezik; vagy ha máskor is köhög, de a szokásosnál rosszabb köhögés jelentkezett)	IGEN	NEM
3.	Újonnan jelentkezett-e Önnél légszomj, nehézlégzés, fulladás, vagy a már meglévő ilyen tünet súlyosbodott-e?	IGEN	NEM
4.	Van-e Önnek egyéb akut légúti fertőzése – megfázás, influenzaszerű tünetek, influenza, orrfolyás, rekedtség stb.?	IGEN	NINCS
5.	Előfordult-e Önnél az utóbbi napokban hányás, hasmenés?	IGEN	NEM
6.	Az utóbbi 14 napban járt-e Ön külföldön?	IGEN	NEM
7.	A tünetek (láz, köhögés, légszomj) kezdetét megelőző 14 napban járt-e Ön külföldön?	IGEN	NEM
8.	Került-e Ön szoros kapcsolatba a tünetek (láz, köhögés, légszomj) megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel?	IGEN	NEM
9.	Előfordultak-e az Ön munkahelyén, lakóközösségében, családi, baráti közösségben tömegesen, nagy számban akut légúti fertőzések – megfázások, influenzaszerű tünetek, influenza, orrfolyás, rekedtség köhögés, lázas betegségek stb.?	IGEN	NEM
10.	Az Ön kora	60 év felett	60 év alatt
11.	Van-e Önnek krónikus betegsége (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, szív- és érrendszeri, krónikus légúti megbetegedés, rosszindulatú daganatos betegség, máj- és vesebetegség stb.)?	IGEN	NINCS
12.	Van-e immungyengeséget okozó betegsége, vagy alkalmaznak-e Önnel immunrendszert elnyomó gyógyszeres kezelést, mint pl. szteroidok, kemoterápia, sugárterápia vagy szervtranszplantált-e Ön?	IGEN	NINCS
13.	Részt vett-e az elmúlt 30 napban koronavírus fertőzés ellenőrzésére vonatkozó olyan egészségügyi vizsgálaton, melynek eredménye pozitív lett?	IGEN	NEM
14.	Előző kérdésre adott IGEN válasz esetén: A pozitív vizsgálati eredmény óta eltelt időben meggyógyult-e és erről rendelkezik-e orvosi igazolással?	IGEN	NEM

Forrás: Csekklista a háziorvosok számára a COVID-19 fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez 2020. március 13.; Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkársága Óvintézkedések magasabb kockázatú betegcsoportok számára- COVID-19 vírus fertőzéssel kapcsolatban
Lezárás dátuma: 2020. 03. 11.

A fentiekben leírtak a valóságnak mindenben megfelelnek.

Budapest, 2020. év ..... hó ..... nap

.....
Ügyfél