



Besthetics I.M.C Kft. International Medical Centers

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre (X) Jelölésével.	IGEN	NEM
Meglátogatta-e bármelyik külföldi helyet az elmúlt 30 napban?		
Járt-e egyéb más országban vagy városban az elmúlt 14 napban		
Ha igen akkor kérjük írja le, hogy melyekben? _____		
Az elmúlt 30 nap során volt-e kapcsolatban olyan személlyel, akinél beigazolódott Vagy gyanús a COVID-19/koronavírus?		
Van e fertőzés gyanúja?		
Az elmúlt 60 napban volt-e betegsége utaló tünete? (pl. köhögés, orrfolyás, torokfájás, lélegzési nehézség, láz) Vagy Más? _____		
Kérjük töltsse ki az alábbi adatokat (nyomtatott nagybetűkkel): Teljes név: _____ Mobil vagy telefonszám : _____ E-Mail : _____ Lak Cím : _____ Utlevel, Vagy Személyi igazolvány száma: _____ Családtaggal együttélés egy házban : _____ Tagok száma : _____ (Ha nem hagyja uresen.)		
Munka: Dolgoztam vagy tartózkodtam több emberek között az elmúlt 30 napon több mind 15 percig		

Tudomásul veszem, hogy az adatlap kitöltése a COVID-19 vírus teszt miatt történik, valamint aláírással igazolom, hogy a fenti kérdéseket megértettem és válaszaim megfelelnek a valóságnak.

Kelt: ____/____/2020. Aláírás: _____