



## Besthetics I.M.C Kft, International Medical Centers

<b>Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre (X) Jelölésével.</b>	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
Meglátogatta-e bármelyik külföldi helyet az elmúlt 60 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 <b>kapcsolatban / közelében</b> olyan személlyel, akinél beigazolódott Vagy gyanús a COVID-19/koronavírus betegsége utaló tünete?		
Van e fertőzés gyanúja?		
Az elmúlt 90 napban volt-e betegsége utaló tünete? (pl. köhögés, orrfolyás, torokfájás, lélegzési nehézség, láz, Vagy Más? _____		
Családtagokkal együttélés egy házban: ____ Tagok száma ____ : (Ha nem hagyja üresen.)		
Munka: Dolgoztam vagy tartózkodtam több emberek között az elmúlt 30 napon több mind 15 percig?		
<b>Kérjük töltsse ki az alábbi adatokat (Nyomtatott nagybetűkkel):</b>		
Teljes név: _____		
Mobil vagy telefonszám : _____		
E-Mail : _____		
Lakcím : _____		
Utlevál, Vagy Személyi igazolvány száma: _____		

**Alulírott: \_\_\_\_\_ Ezúton nyilatkozom, hogy tudomásul veszem és elfogadom az alábbiakat:** Hogy az adatlap kitöltése a COVID-19 vírus teszt miatt történik, valamint aláírásommal igazolom, hogy a fenti kérdéseket megértettem és válaszaim megfelelnek a valóságnak. "Pozitív" teszt eredmény esetben, adataimat továbbíthatja I.M.C a megfelelő hatóságnak. Tudomásul veszem, hogy a teszt **nem 100% pontosságú**, előfordulhatnak hamis negatív és hamis pozitív eredmények, álpozitív eredményt adhatnak hasonló ellenanyagok jelenléte miatt is, és hogy **szükségem lesz további PCR tesztekre**, saját kötelességem bejelenteni a **Pozitív Covid-19 gyanúját** a házi orvosomnak és az „**ANTSZ**” fele. A további **PCR** teszt eredményéig javasolt házi karanténban tartózkodni illetve a hatósági szabályok és utasítása szerint eljárni.

Kelt: \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2020. Aláírás: \_\_\_\_\_