

Kockázatszűrő kérdőív és nyilatkozat

Személyes adatok:

Név (nyomtatott betűvel): _____

Szül. idő: _____

Lakcím (magyarországi valós tartózkodási hely): _____

Tel. (mobil): _____

E-mail: _____

Jelentkezett-e Önnél az elmúlt három nap során újonnan kialakult

láz vagy hőemelkedés (37,5 C feletti testhőmérséklet)	igen	nem
fejfájás, rossz közérzet, gyengeség, izomfájdalom	igen	nem
száraz köhögés, nehézlégzés, légszomj, szapora légvétel	igen	nem
torokfájás, szaglás/ízézés elvesztése	igen	nem
émelygés, hányás, hasmenés	igen	nem

Kapcsolatba került valószínűsített vagy megerősített COVID-19 koronavírus (SARS-CoV2) okozta fertőzésben szenvedő személlyel?

Igen Utolsó érintkezés dátuma: _____

Nem

Érintkezett-e az elmúlt 14 nap során olyan személlyel, akit hatósági karanténban különítettek el koronavírus-fertőzés gyanúja miatt?

Igen Utolsó érintkezés dátuma: _____

Nem

Járt-e 14 napon belül külföldön, vagy fogadott-e külföldről érkezett vendéget?

Igen Dátum: _____

Nem

Érintkezett-e az elmúlt 14 napban olyan emberrel, akinek láza, köhögése, légszomja volt?

Igen Utolsó érintkezés dátuma: _____

Nem

Végeztek-e már önön PCR vizsgálatot SARS-CoV2 vírusra? Ha igen, mikor végezték és milyen laboreredménnyel?

Igen Dátum, eredmény: _____

Nem

Igazolom, hogy a fenti nyilatkozat tartalma a valóságnak megfelel és

a fent felsorolt tünetek jelentkezése esetén azonnal értesítem családorvosomat, illetve követem az Szegedi Tudományegyetem intézményi intézkedési tervében leírtakat.

Hely, dátum

Aláírás

Risiko-Test und Erklärung

Persönliche Daten:

Name (in Blockschrift): _____

Geburtsdatum: _____

Adresse (aktueller Wohnsitz in Ungarn): _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Hatten Sie in den letzten drei Tagen eins der unten aufgezählten Symptomen, die sich neu herausbildeten?

Fieber oder erhöhte Temperatur (über 37,5 C)	Ja	Nein
Kopfschmerzen, Unwohlsein, Abgeschlagenheit, Muskelschmerzen	Ja	Nein
Trockener Husten, Atembeschwerden, Atemnot, flache Atmung	Ja	Nein
Halsschmerzen, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns	Ja	Nein
Übelkeit, Erbrechen, Durchfall	Ja	Nein

Hatten Sie Kontakt zu einer Person mit verdachter oder bestätigter Coronavirus-Infektion (SARS-CoV2)?

Ja Datum des letzten Kontaktes: _____
Nein

Hatten Sie Kontakt zu einer, wegen Verdacht auf eine Coronavirus-Infektion in behördlicher Quarantäne isolierten Person in den letzten 14 Tagen?

Ja Datum des letzten Kontaktes: _____
Nein

Hielten Sie sich in den letzten 14 Tagen im Ausland auf bzw. empfangen Sie Besucher vom Ausland?

Ja Datum des letzten Kontaktes: _____
Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die Fieber, Husten oder Atemnot hatte?

Ja Datum des letzten Kontaktes: _____
Nein

Wurde ein PCR-Test auf Coronavirus SARS-CoV-2 bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, wann wurde er durchgeführt und was war das Ergebnis?

Ja Datum und Ergebnis: _____
Nein

Waren Sie in behördlicher Quarantäne nach Ihrer Einreise nach Ungarn? Wenn ja, dann bitte geben Sie den Ort und die Periode an.

Ja Ort und Periode: _____
Nein

Hiermit erkläre ich, dass alle der oben angegebenen Angaben dieser Erklärung der Wahrheit entsprechen **und**

ich im Falle von dem Ausbruch einer der oben aufgelisteten Symptome meinen Hausarzt darüber umgehend benachrichtigen und die Anweisungen des institutionellen Handlungsplans der Universität Szeged befolgen werde.

Ort und Datum der Ausfüllung

Unterschrift