



COVID-19 ellenanyagszűrés kérdőív

Kérjük az időpont visszaigazolóját tartásuk meg telefonjukban, vagy nyomtassák ki, hogy kijárási korlátozás esetén fel tudják mutatni az illetékes szerveknek!

Név: _____

Telefonszám: _____

E-mail cím: _____

1. Fennállnak-e a következő tünetek? Láz, hőemelkedés, száraz köhögés, légszomj

Igen Nem

2. Járt-e külföldön az elmúlt 4 hétben?

Igen Nem

Ha igen, hol? _____

3. Kontaktált-e olyan személlyel, aki koronavírusos vagy esetleg megfertőződhetett?

Igen Nem

4. Saját megítélése szerint egészségesnek érzi magát?

Igen Nem

5. Van-e bármilyen kérdése, megjegyzése?
