

АНКЕТА-РАСПИСКА

(эпидемиологический анамнез по новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV))

Я, _____
(Ф.И.О. полностью пациента или его законного представителя)

Дата рождения _____, зарегистрированный по месту жительства: _____

_____ (адрес места жительства пациента либо законного представителя)

в соответствии с требованиями Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 24.01.2020 г. № 2 «О дополнительных мероприятиях по недопущению завоза распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV», Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 30.01.2020 г. № 65 «О мероприятиях по своевременному выявлению, диагностике и профилактике инфекции, вызванной коронавирусом 2019-nCoV, в г. Москве» сообщаю **ООО** «_____»:

- что нахождение на территориях – зонах повышенного риска, неблагополучных по новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в течении последних 14 (четырнадцати) дней _____ (отрицаю/подтверждаю – нужное вписать собственноручно);
- тесные контакты за последние 14 (четырнадцать) дней с лицами, находящимися под наблюдением по новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) _____ (отрицаю/подтверждаю – нужное вписать собственноручно);
- тесные контакты за последние 14 (четырнадцать) дней с лицами, находящимися под наблюдением по новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), которые в последующем заболели _____ (отрицаю/подтверждаю – нужное вписать собственноручно);
- тесные контакты за последние 14 (четырнадцать) дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) _____ (отрицаю/подтверждаю – нужное вписать собственноручно);
- тесные контакты за последние 14 (четырнадцать) дней с лицами, страдающими острыми респираторными заболеваниями _____ (отрицаю/подтверждаю – нужное вписать собственноручно);
- на момент обращения в медицинскую организацию признаки наличия у меня ОРВИ (высокая температура тела, головная боль, слабость, кашель, затрудненное дыхание, боли в мышцах, тошнота, рвота, диарея) _____ (отрицаю/подтверждаю – нужное вписать собственноручно).

Настоящая Анкета-расписка написана мной собственноручно, правовые последствия предоставления ложных сведений мне разъяснены и понятны.

Дата: «___» _____ 2020 г.

Подпись пациента _____

Ф.И.О. полностью _____

*** информация далее заполняется сотрудником клиники ***

Температура тела пациента на момент обращения _____

Дезобработка рук проведена дезраствором: _____

Должность, Ф.И.О. и подпись медицинского работника
