

CHESTIONAR COVID-19

Nr.crt.	Întrebare	Da	Nu
1.	Știți să fi intrat în contact în ultimele 14 zile cu persoane diagnosticate cu virusul SAR-CoV-2 (COVID-19)?		
2.	Știți să fi interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecției cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?		
3.	Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au stat în izolare sau carantină impusă de autorități?		
4.	V-a fost impusă în ultimele zile izolarea sau carantina la domiciliu de către autorități?		
5.	Ați avut în ultimele 14 zile unul din simptomele de mai jos:		
	- Febră		
	- Tuse		
	- Respirație greoaie sau dificultăți în respirație		
	- Dureri musculare		
	- Dureri de cap		
	- Dureri de gat		
	- Greață, diaree, vărsături		
	- Pierdere de gust sau miros		

FORTUNA DENT

JOY - BEAUTY - PASSION - PRECISION

Am luat cunoștință de faptul că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infecto-contagioase se sancționează conform art. 352 din Codul Penal și a art. 34 lit. m) din H.G. nr 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice, cu modificările și completările ulterioare.

Nume și prenume pacient: _____

Data completării: ___/___/_____

Semnătură pacient/tutore/împuternicit conform legii: _____