

Csekklista térítés ellenében végzett COVID-19 (SARS-COV-2) PCR alapú vizsgálathoz

A <u>BETEG SZEMÉLYRE</u> VONATKOZÓ ALAPADATOK ÉS ELÉRHETŐSÉGEK	
Vezetéknéve és keresztnéve	
Születési neve	
Anyja neve	
TAJ száma	
Lakcíme	
Telefonszáma, email címe	
Állampolgársága	
Sportág/sportaktivitás szintje	
A <u>BETEG SZEMÉLY</u> DEMOGRÁFIAI, EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI	
Neme	<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő
Születési helye, dátuma (ÉV.HÓ.NAP)	
Jelen vizsgálat kezdeményezés oka:	<input type="checkbox"/> Utazáshoz kötött mintavétel <input type="checkbox"/> Szűrés jelleggel
[A] Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e?	<input type="checkbox"/> Láz (≥ 38 °C) <input type="checkbox"/> Köhögés <input type="checkbox"/> Nehézlégzés <input type="checkbox"/> Íz érzés elvesztése <input type="checkbox"/> Szaglás elvesztése
[B1] Melyik országban járt az elmúlt 14 napban?	<input type="checkbox"/> Nem jártam külföldön <input type="checkbox"/> Igen, az alábbi területen/országban:
Utazás módja és ideje	
[B2] Került-e szoros kapcsolatba az elmúlt 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel?	<input type="checkbox"/> Egy háztartásban él új koronavírus fertőzött beteggel <input type="checkbox"/> Személyes kapcsolatba került új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) <input type="checkbox"/> Zárt légtérben tartózkodott új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás, edzőterem, sportcsarnok, uszoda, edzőtábor) <input type="checkbox"/> Repülőúton bármilyen irányban 2 ülésnyi távolságban ült az új koronavírussal fertőzött betegtől VAGY az 2019nCoV fertőzött beteget ápolta VAGY a repülőgép személyzeteként az új koronavírussal fertőzött beteg ülőhely szektorában látott el szolgálatot <input type="checkbox"/> Az előírt egyéni védőeszközök alkalmazása nélkül a COVID-19 beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vett, vagy aki laboratóriumi dolgozóként COVID-19 beteg mintáit kezelte

Volt-e korábban koronavírus tesztje?	
A teszt típusa időpontja és eredménye?	
A teszt elvégzése óta történt-e az egészségi állapotában változás?	
Volt-e hatósági karanténban?	
Ha volt, mikor és hol?	
Megjegyzés:	

*Akár [A]+[B1] alapján, azaz a felsorolt tünetek bármelyike fennállása mellett teljesült az utazási kritérium a megelőző 14 napban, akár [A]+[B2] alapján, azaz a felsorolt tünetek bármelyike fennállása mellett bármilyen formában szoros kontaktja volt valószínűsített vagy megerősített új koronavírus esetnek a megelőző 14 napban.

Hely, dátum:

Alulírott, ezúton nyilatkozom és egyúttal kérem, hogy a PCR vizsgálatomról készült eredményemet részemre elektronikus formában továbbításra kerüljön az általam megadott alábbi e-mail címre:

.....

Egyúttal tudomásul veszem, hogy a GDPR elveknek megfelelően az eredményem titkosított, jelszóval (TAJ szám folyamatosan egybeírva, írásjelek nélkül) védett formában kerül számomra megküldésre.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti válaszaim a valóságnak megfelelnek.

A sportoló, vagy törvényes képviselő aláírása:.....

Fny: 0484