

CHESTIONAR DE EVALUARE A RISCULUI

Pentru protecția noastră a tuturor, pacienți și personal, Clinica Gynera a implementat măsuri suplimentare de precauție legate de transmiterea noului virus COVID-19. Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos și să citiți cu atenție informațiile atasate referitoare la măsurile de protecție recomandate.

Nume și prenume:

Date de contact (telefon / email):

Data nașterii:

| | Da | Nu | Comentarii |
|---|--------------------------|--------------------------|------------|
| Ați călătorit în alte țări sau în zone cu transmitere extinsă COVID-19 în ultimele 14 zile? Dacă da, unde și în ce perioadă? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați venit în contact cu vreo persoană diagnosticată cu COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați fost spitalizat / izolat / carantinat în ultimele 14 zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați avut activități cu participare internațională în ultimele 14 zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați avut febră în ultimele zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați avut dureri de cap în ultimele zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați avut dificultăți în respirație în ultimele zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați tușit în ultimele zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Aveți alte simptome respiratorii sau digestive? Dacă da, detaliați. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Data

Semnătura

CHESTIONAR DE EVALUARE A RISCULUI_

Pentru protecția noastră a tuturor, pacienți și personal, Clinica Gynera a implementat măsuri suplimentare de precauție legate de transmiterea noului virus COVID-19. Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos și să citiți cu atenție informațiile atasate referitoare la măsurile de protecție recomandate.

Nume și prenume:

Date de contact (telefon / email):

Data nașterii:

| | Da | Nu | Comentarii |
|---|--------------------------|--------------------------|------------|
| Ați călătorit în alte țări sau în zone cu transmitere extinsă COVID-19 în ultimele 14 zile? Dacă da, unde și în ce perioadă? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați venit în contact cu vreo persoană diagnosticată cu COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați fost spitalizat / izolat / carantinat în ultimele 14 zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați avut activități cu participare internațională în ultimele 14 zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați avut febră în ultimele zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați avut dureri de cap în ultimele zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați avut dificultăți în respirație în ultimele zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ați tușit în ultimele zile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Aveți alte simptome respiratorii sau digestive? Dacă da, detaliați. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Data

Semnătura