

Пациент:
име презиме фамилия

Баркод ID

ЕГН:
възраст: г.

Адрес: тел:

Моля отбележете наличие на:

- Температура
- Кашлица
- Болки/тежест в гръдната област
- Задух
- Болки в гърлото

Опишете други симптоми от страна на:

- Дихателната система, опишете:
- стомашно-чревната система, опишете:

Моля отбележете, ако страдате от:

- Диабет
 - Хронично белодробно заболяване
 - Онкологично заболяване
 - Сърдечно-съдово заболяване
- Моля в контакт с болен с доказан SARS COV-2
Били в зона с разпространение на SARS COV-2 в рамките на 14 дни. Къде:

 Тест за доказване на SARS COV2 РНК в НФС проба взета от:

дата: час:

*С настоящата декларация съм съгласен данните ми да бъдат предоставени на отговорните власти, в случай, че бъде регистриран положителен резултат от изследването, с цел ограничаване разпространението на инфекцията с COVID 19.

.....
име.....
презиме.....
фамилия.....
дата.....
подпис