**АНКЕТА**

**Эпидемиологический анамнез пациента стоматологической клиники**

**ООО «АССОЛЬ»**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

**Просим Вас максимально правдиво и точно ответить на вопросы анкеты.**

**Не спешите с ответами, внимательно прочтите и вспомните все обстоятельства по заданным в анкете вопросам.**

**Помните, во время эпидемии от этого может зависеть чья-то жизнь!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопрос анкеты** | **ДА** | **НЕТ** |
| Выезжали ли Вы за границу в последние 14 дней? |  |  |
| Контактировали ли Вы с людьми, вернувшимися из-за границы за последние 14 дней? |  |  |
| Находитесь ли Вы в данный момент на карантине в связи с посещением зарубежных стран либо по причине контакта с прибывшими из-за границы людьми?  |  |  |
| Среди Ваших совместно проживающих родственников есть те, кто проходит обязательный карантин или самоизоляцию? |  |  |
| Есть ли среди Вашего круга друзей/коллег/родных, с кем Вы лично контактировали за последние 14 дней те, у кого подтвердился диагноз коронавирусной инфекции или кого госпитализировали с подозрением на COVID-19? |  |  |
| Наблюдали ли Вы у себя повышение температуры тела в последние несколько дней? |  |  |
| Есть ли у Вас на данный момент следующие симптомы: одышка, сухой кашель, общая слабость |  |  |

**Температура пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пульсоксиметрия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я подтверждаю, что честно ответил на все вопросы эпидемиологической анкеты.

Я уведомлен, что новая коронавирусная инфекция законодательно включена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих в РФ и что сокрытие информации о Вашем возможном заражении, нарушении режима карантина или контактов с заболевшими/подозреваемыми в заболевании COVID-19 может вызвать заражение медицинского персонала и пациентов клиники, за что предусмотрена уголовная ответственность по ст. 236 УК РФ с максимальным сроком лишения свободы до 7 лет.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись пациента) (ФИО)

 Дата заполнения: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г.