

Chestionar Coronavirus

Nume: _____

Prenume: _____

Data nașterii: _____

Act de identitate: _____ Serie _____ Nr. _____

CNP _____

1. Ați locuit/ vizitat în ultima lună zone în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu noul Coronavirus 2019 – nCOV?

 Da Nu

2. Ați intrat în contact direct cu persoane care, în ultima lună, au locuit/ vizitat zone în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu noul Coronavirus 2019 – nCOV?

 Da Nu

3. Ați intrat în contact direct cu persoane suferind din cauza infecției cu noul Coronavirus în ultimele 15 zile?

 Da Nu

4. Ați fost spitalizat în ultimele 3 săptămâni? (Dacă răspunsul este Da, menționați Motivul internării)

 Da Motivul internării: _____ Nu

5. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome?

Febră:

 Da Nu

Dureri de cap:

 Da Nu

Dificultate de a respira:

 Da Nu

Dificultate de a înghiți:

 Da Nu

Tuse intensă:

 Da Nu

Prin prezenta îmi dau consimțământul, în conformitate cu regulamentul (UE) 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27.04.2016, privind protecția datelor personale fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestora.

Am luat la cunoștință despre faptul că prezentarea de date neconforme realității poate atrage răspunderea contravențională sau penală, după caz.

Data completării: _____

Semnătura: _____