EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV TÁBORI RÉSZVÉTELHEZ

Gyermek neve: ………………………………………

Kérem, válaszolja meg az alábbi kérdéseket gyermekére vonatkozólag!

Az elmúlt 1 hétben jelentkezett-e nála:

* hőemelkedés IGEN NEM
* láz IGEN NEM
* köhögés IGEN NEM
* orrfolyás IGEN NEM
* orrbedugulás IGEN NEM
* torokfájás IGEN NEM
* hányás IGEN NEM
* hasmenés IGEN NEM
* hasfájás IGEN NEM
* fejfájás IGEN NEM
* izomfájdalom IGEN NEM
* kötőhártya gyulladás IGEN NEM
* bőrkiütés IGEN NEM
* sárgaság IGEN NEM
* tetvesség/rüh IGEN NEM
* szaglás, ízérzés vesztés IGEN NEM
* indokoltalan fáradtság IGEN NEM
* bármilyen egyéb panasz IGEN NEM

Ha igen, mi volt az? ……………………………………………

…………………………………………………………………

…………………………………………………………………

Volt-e koronavírusos megbetegedés az elmúlt 10 napban a családban?

IGEN NEM

Találkozott-e a gyermek az elmúlt 4 napban olyan személlyel, aki azóta koronavírusosnak bizonyult, vagy nála annak gyanúja merült fel? (hirtelen szaglás vesztés, láz, fáradtság, köhögés, légszomj, stb.)

IGEN NEM

Él-e a gyermekkel egy háztartásban olyan személy, aki jelenleg karantén alatt áll? (pl. külföldről való hazatérést követően)

IGEN NEM

Van-e a gyermeknek bármilyen olyan ismert alapbetegsége (pl. légúti allergia, krónikus gyomor-bélrendszeri probléma, stb.), ami a fenti tünetekhez hasonló formákban szokott jelentkezni?

IGEN NEM

Ha igen, mi az, és milyen tüneteket szokott okozni?

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

Ha bármilyen kérdés vagy kétség merülne fel, kérdezzék nyugodtan Szende Krisztina iskolaorvost a 06 30 488 2951-es telefonszámon vagy a szende.kriszta@gmail.com e-mail címen.

......................................................., mint a fent nevezett gyermek gondviselője kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Bp., 2022......

…………………………………………

aláírás