

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 vesztes	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 vesztes, 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