



Nyilatkozat COVID-19 fertőzés fennállásnak megítéléséhez

Alulírott,

Név:

Lakcím:

Anyja neve:

TAJ szám:

Elérhetőség (telefon/e-mail cím):

Fiatalkorú esetén a törvényes képviselő neve:

Büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbi, a valóságnak megfelelő nyilatkozatot teszem:

(Kérjük, válaszoljon a kérdés után a válasz aláhúzásával!)

- | | | |
|---|-------------|------------|
| 1. Az elmúlt 2 hétben bármikor volt-e láza? | Igen | Nem |
| 2. Az elmúlt 2 hétben bármikor volt-e köhögése vagy egyéb légúti tünete? | Igen | Nem |
| 3. Az elmúlt 2 hétben érzett-e gyengeséget, végtagfájdalmat vagy egyéb influenzaszerű tüneteket? | Igen | Nem |
| 4. Tud-e arról, hogy COVID-19 fertőzött lenne? | Igen | Nem |
| 5. Találkozott-e igazolt COVID-19 fertőzöttel? | Igen | Nem |
| 6. Találkozott olyanval, aki házi karanténban van? | Igen | Nem |

(A 6. kérdésre adott IGEN válasz nem veti fel a koronavírus fertőzés gyanúját.)

Tudomással bírok arról, hogy jelen nyilatkozat kitöltésére az élet- és vagyonbiztonságot veszélyeztető tömeges megbetegedést okozó humánjárvány megelőzése, illetve következményeinek elhárítása, a magyar állampolgárok egészségének és életének megóvása érdekében elrendelt veszélyhelyzet során teendő intézkedésekről szóló 41/2020. (III. 11.) Korm. rendeletben előírtaknak történő megfelelés céljából került sor.

Megértem, és elfogadom, hogy amennyiben fentebb leírt tüneteket tapasztalok magamon, illetve környezetemben lázas, beteg, esetleg koronavírus-fertőzés gyanúja felmerül, úgy számomra fogászati ellátás csak sürgős esetben nyújtható.

Kelt: (év)(hónap) (nap)

.....
páciens / törvényes képviselő aláírása

A nyilatkozatot átvette dr. Zalai Zsolt a SecretSmile Kft. képviselőjében.