

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Jméno a příjmení:..... **Datum narození:**.....

Odpovězte na následující otázky tak, že křížkem v políčku označíte odpověď ANO nebo NE.

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. v posledních 14 dnech jsem byl/a v zahraničí | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 2. byl/a jsem ve styku s osobou trpící příznaky virové infekce či nemoci COVID-19 | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 3. byl/a jsem ve styku s osobou, která se aktuálně nachází v nařízené karanténě v souvislosti s nemocí COVID-19 | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 4. byla mi nařízena karanténa v souvislosti s výskytem nemoci COVID-19 | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 5. pozoruji na sobě příznaky nemoci COVID-19 (zvýšená teplota, kašel, bolesti svalů a kloubů, dušnost, ztráta čichu nebo chuti) | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 6. léčím se s prokázaným onemocněním COVID-19 | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

Jiné doplňující anamnestické údaje:

.....

.....

.....

PROHLAŠUJI, že na všechny otázky jsem odpověděl/a pravdivě a nezamlčel/a jsem žádnou důležitou informaci o svém současném zdravotním stavu.

Datum **Podpis pacienta**

.....
Podpis osoby, která odebrala anamnézu