

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet – Formanyomtatvány		
EL6.1-M1-F5	Csekklista a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetbe érkező betegek és kísérőik számára	
A KÍSÉRŐ SZEMÉLY ALAPADATAI ÉS ELÉRHETŐSÉGE		
Vezetékeve és keresztnéve		
Telefonszáma , email címe		
A FELMÉRT SZEMÉLY DEMOGRÁFIAI, EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI		
Gyermek neve:		
Születési dátuma (ÉV.HÓ.NAP)		TAJ:
Anyja neve:		
[A] Tünetek:	A beteg gyermeknél vagy kísérőjénél fennáll-e LÁZAS ÁLLAPOT (≥ 38 °C): <input type="checkbox"/> igen a betegnél <input type="checkbox"/> igen a kísérőnél <input type="checkbox"/> nem KÖHÖGÉS/LÉGSZOMJ: <input type="checkbox"/> igen a betegnél <input type="checkbox"/> igen a kísérőnél <input type="checkbox"/> nem BIZONYTALAN BŐRTÜNET: <input type="checkbox"/> igen a betegnél <input type="checkbox"/> igen a kísérőnél <input type="checkbox"/> nem HIRTELEN KEZDETŰ SZAGLÁSVESZTÉS, ÍZÉRZÉS HIÁNYA VAGY ÍZÉRZÉS ZAVARA: <input type="checkbox"/> igen a betegnél <input type="checkbox"/> igen a kísérőnél <input type="checkbox"/> nem	
[B] Járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?	BETEG: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem KÍSÉRŐ: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
[C] Került-e szoros kapcsolatba az elmúlt 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel?	BETEG: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem KÍSÉRŐ: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	

Dátum (vagy telefonhívás dátuma) :Aláírás:.....

Csekklistát átvevő kórházi dolgozó neve, aláírása:..... EL6.1-M1-F5 7. változat érvényes 2020.08.13-tól

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet – Formanyomtatvány		
EL6.1-M1-F5	Csekklista a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetbe érkező betegek és kísérőik számára	
A KÍSÉRŐ SZEMÉLY ALAPADATAI ÉS ELÉRHETŐSÉGE		
Vezetékeve és keresztnéve		
Telefonszáma , email címe		
A FELMÉRT SZEMÉLY DEMOGRÁFIAI, EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI		
Gyermek neve:		
Születési dátuma (ÉV.HÓ.NAP)		TAJ:
Anyja neve:		
[A] Tünetek:	A beteg gyermeknél vagy kísérőjénél fennáll-e LÁZAS ÁLLAPOT (≥ 38 °C): <input type="checkbox"/> igen a betegnél <input type="checkbox"/> igen a kísérőnél <input type="checkbox"/> nem KÖHÖGÉS/LÉGSZOMJ: <input type="checkbox"/> igen a betegnél <input type="checkbox"/> igen a kísérőnél <input type="checkbox"/> nem BIZONYTALAN BŐRTÜNET: <input type="checkbox"/> igen a betegnél <input type="checkbox"/> igen a kísérőnél <input type="checkbox"/> nem HIRTELEN KEZDETŰ SZAGLÁSVESZTÉS, ÍZÉRZÉS HIÁNYA VAGY ÍZÉRZÉS ZAVARA: <input type="checkbox"/> igen a betegnél <input type="checkbox"/> igen a kísérőnél <input type="checkbox"/> nem	
[B] Járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?	BETEG: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem KÍSÉRŐ: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
[C] Került-e szoros kapcsolatba az elmúlt 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel?	BETEG: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem KÍSÉRŐ: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	

Dátum (vagy telefonhívás dátuma) :Aláírás:.....

Csekklistát átvevő kórházi dolgozó neve, aláírása:..... EL6.1-M1-F5 7. változat érvényes 2020.08.13-tól