

PROHLÁŠENÍ OSOBY v TRIÁŽI

Jméno a příjmení

Bydliště (aktuální pobyt)

Zdravotní pojišťovna Číslo pojištěnce/datum narození.....

Kontaktní telefon

Tímto čestně prohlašuji a potvrzuji svým podpisem, že jsem všechny požadované údaje v tomto dotazníku vyplnil/a pravdivě a že jsem se seznámil/a se Zásadami zpracování osobních údajů při poskytování zdravotních služeb uvedeného zdravotnického zařízení (**označte křížkem pravdivý údaj**):

1. v posledních 14 dnech jsem mimo území ČR
byl/a nebyl/a

pokud ano, uveďte místo pobytu

2. v posledních 14 dnech jsem v kontaktu s osobou s potvrzeným nebo pravděpodobným případem COVID-19
byl/a nebyl/a

3. měl/a jsem v posledních 14 dnech příznaky možného onemocnění dýchacích cest

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| zvýšená teplota | <input type="checkbox"/> | ne | <input type="checkbox"/> | ano |
| kašel | <input type="checkbox"/> | ne | <input type="checkbox"/> | ano |
| rýma | <input type="checkbox"/> | ne | <input type="checkbox"/> | ano |
| dušnost | <input type="checkbox"/> | ne | <input type="checkbox"/> | ano |
| bolest v krku | <input type="checkbox"/> | ne | <input type="checkbox"/> | ano |
| únava | <input type="checkbox"/> | ne | <input type="checkbox"/> | ano |
| ztráta čichu či chuti | <input type="checkbox"/> | ne | <input type="checkbox"/> | ano |

Ve Valašském Meziříčí, dne

.....
vlastnoruční podpis nebo podpis zákonného zástupce