

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области

«Городская детская поликлиника №6»

г. Калининграда № д/б/о/ч сош №44

АНКЕТА

На ребенка: _____

Дата рождения: _____

Адрес проживания: _____

№ п/п	Вопросы для пациента	Ответ «да» / «нет»	Если ответ «да», то расшифровать (указать страну, лицо с которым был контакт и т.п.)
1	Выезжал ли ребенок за последние 14 дней в страны и регионы, где выявлены случаи COVID-19		
2	Контактировал ли ребенок с лицами, инфицированными COVID-19		
3	Есть ли семье родственники с явлениями ОРВИ		
4	Наличие жалоб в связи с клиническими проявлениями ОРВИ (кашель, чихание, боль в горле, заложенность носа, озноб, повышение температуры тела)		

Дата « ____ » _____ 2020 г.

Ф.И.О. законного представителя _____

 Подпись