

ד"ר טולצ'ינסקי

אורתודונטיה

שאלון למטופל/מלווה בעת התפרצות מגפת הקורונה

במקרה של קטין ו/או בעל מוגבלות מנטלית ימולא על ידי המלווה.

תאריך ושעה _____

ערך מדידת חום בבית לפני הגעה למרפאה _____

1. האם הינך חולה במחלת הקורונה (COVID-19) ? כן/לא
2. האם אתה או מישהו ממשפחתך הקרובה בבידוד ב- 14 ימים אחרונים? כן/לא
3. האם עברת בדיקה לנגיף הקורונה: כן/לא
תאריך הבדיקה: _____ תוצאה: חיובי/שלילי
4. האם היית במגע עם אדם חשוד או בעל אבחנה של מחלת הקורונה (COVID-19) ב- 14 ימים אחרונים? כן/לא
5. האם חווית ב 14 הימים האחרונים תסמינים דמויי שפעת כמו חום, שיעול, קשיי נשימה, צמרמורות, אובדן חוש הריח ו/או הטעם, אחר- ציין אילו _____
כן/לא, הקף את התסמינים שחווית.
6. האם היית במגע קרוב עם אדם שחווה תסמינים כאלו? כן/לא
7. האם נמדד חום ביממה האחרונה: כן/לא
8. האם נטלת כדור להורדת חום ביממה האחרונה: כן/לא

על החתום :

שם _____

מספר תעודת זהות _____

חתימת המטופל _____