

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

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

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

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. v posledních 3 dnech jsem podstoupil/a test na COVID s negativním výsledkem | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 2. mám ukončenou vakcinaci proti COVIDu, před více než 14 dny | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 3. prodělal/a jsem onemocnění COVID, před méně než 90-ti dny (izolace již byla ukončena) | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 4. byl/a jsem ve styku s osobou trpící příznaky infekční nemoci | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 5. byl/a jsem ve styku s osobou, která je v nařízené karanténě | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 6. byla mi nařízena karanténa | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 7. pozoruji na sobě příznaky infekční nemoci | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 8. léčím se s prokázaným infekčním onemocněním | <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

