

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
Болеете ли вы сейчас		
Были ли у вас контакты с больными инфекционными заболеваниями последние 14 дней?		
Болели ли вы Covid-19? (если да, то когда)		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли вы в настоящее время грудью?		
Последние 14 дней отмечалась ли у вас:		
• Повышение температуры		
• Боль в горле		
• Потеря обоняния		
• Насморк		
• Потеря вкуса		