

Декларация здоровья для планового амбулаторного приема или госпитализации Таллиннской детской больницы

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. Имеется ли у ребенка или сопровождающего лица повышенная температура и / или другие признаки инфекции (сильный кашель, сильный насморк, затрудненное дыхание, одышка, рвота, боль в горле, потеря вкуса и запаха, мышечные боли, усталость)? | ДА | НЕТ |
| 2. Получали ли ребенок и / или член семьи положительный результат анализа на COVID-19 за последний месяц? | ДА | НЕТ |
| 3. Находился ли ребенок за последние 14 дней в близком контакте с зараженным COVID-19 лицом (живет в одной семье, был в близком контакте более 15 минут и на расстоянии менее 2 м, например, находился в том же помещении)? | ДА | НЕТ |
| 4. Был ли сопровождающий за последние 14 дней в близком контакте с зараженным COVID-19 лицом (живет в одной семье, был в близком контакте более 15 минут и на расстоянии менее 2 м, например, находился в том же помещении)? | ДА | НЕТ |
| 5. Находится ли кто-то из соприкасавшихся с ребенком лиц в настоящее время на домашнем карантине или болеет ли? | ДА | НЕТ |
| 6. Прибыли ли ребенок или его сопровождающий за последние 14 дней из-за границы? | ДА | НЕТ |

РЕШЕНИЕ:

Если ответ хотя бы на один из вопросов 1-6 был ДА, пожалуйста, не приходите на прием или в больницу и проинформируйте лечащего врача или сообщите об отмене по телефону 697 7200 или по адресу электронной почты loobu@lastehaigla.ee

ИМЯ РЕБЕНКА

Личный код ребенка

Адрес

Контактный телефон