**Анкета пациента**

**Я (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предупрежден, что Постановлением Правительства Российской Федерации от

31.01.2020 № 66 коронавирусная инфекция (2019-nCoV) внесена в перечень

заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Предоставление

недостоверных сведений, нарушение законодательства в области обеспечения

санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в

нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов,

невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий,

влечет ответственность (ст. 236 Уголовного кодекса Российской Федерации).

**ПРОСИМ ВАС ОТВЕТИТЬ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:**

# **1. Находились ли Вы за пределами Российской Федерации в течение**

**предшествующих 14 дней до обращения в клинику?**

***Нет да***

***где \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**2. Находились ли Вы в режиме изоляции или самоизоляции в течении последних**

**14 дней до обращения в клинику?**

***Нет да***

**3. Находились ли Вы в контакте с лицами, у которых диагностирована**

**коронавирусная инфекция в течение предшествующих 14 дней?**

***Нет да***

**4. Находились ли Вы в контакте с лицами, которые находились в режиме**

**изоляции или самоизоляции в течении последних 14 дней до обращения в**

**клинику?**

***Нет да***

**Просим обратить внимание,** если у Вас есть признаки простуды и Вы прибыли

из неблагополучной по коронавирусу страны или контактировали с приехавшими

оттуда, по рекомендации Главного санитарного врача по Приморскому краю

Вам следуют вызвать врача на дом через службу неотложной помощи по месту жительства.

Я подтверждаю, что предоставил(а) достоверную информацию

Роспись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_