

Chestionar
model

În scopul prevenirii și limitării îmbolnăvirii cu Coronavirus SARS-CoV-2, pentru protejarea dumneavoastră și a personalului medical cu care interacționați în cadrul cabinetului stomatologic, vă solicităm să completați, pe propria răspundere, prezentul chestionar.

1. V-ați deplasat în străinătate în ultimele 14 zile? Dacă ați făcut o astfel de deplasare, precizați în ce zonă.
 DA NU

2. Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane infectate cu Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) sau care au prezentat simptomatologia specifică unui astfel de virus?
 DA NU

3. Ați avut în ultimele 14 zile una sau mai multe dintre următoarele simptome:

Febră	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Dificultatea de a înghiți	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Dificultatea de a respira	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Dureri musculare	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Tuse intensă	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>

Am luat cunoștință de faptul că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase se sancționează conform art. 352 din Codul penal și a art. 34 lit. m) din H.G. nr. 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice, cu modificările și completările ulterioare.

Data nașterii: __/__/____

Nume și prenume: _____

Data completării: __/__/____

(semnătură)