

№	Вопросы
1.	Выезжали ли Вы за пределы Российской Федерации за 14 дней до появления симптомов? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА (указать страну и сроки пребывания)
	(страна пребывания)
	С _____ по _____ (сроки пребывания)
2.	Выезжали ли Вы в другие регионы Российской Федерации за 14 дней до появления симптомов? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА (указать город и сроки пребывания)
	(страна пребывания)
	С _____ по _____ (сроки пребывания)
3.	Контактировали ли Вы в последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2, которые в последующем заболели? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА (указать дату контакта с пациентом с подтвержденным диагнозом COVID-19)
	(дата)
4.	Контактировали ли Вы в последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА (указать дату контакта с пациентом с подтвержденным лабораторно диагнозом COVID-19)
	(дата)
5.	Контактировали ли Вы с лицами, имеющими признаки респираторной инфекции (насморк, кашель, повышение температуры тела и т.д.)? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА
6.	Проживаете ли Вы в общежитии <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА (указать адрес и номер общежития)
	(адрес и номер общежития)

_____ (Ф.И.О. пациента полностью)

_____ (подпись)

_____ (дата)

_____ (Ф.И.О. лечащего врача полностью)

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.

(личная печать врача)