

Kérjük töltsse ki a megfelelő mezőket!



COVID-19

Dátum

Kórház kódja

Kórházi osztály kódja

Beteg azonosító száma

1. Volt pozitív Covid-19 tesztje a mostani kórházi tartózkodása alatt?

- Igen Nem Nem tudom

2. Az alábbi időszakban tesztelték-e önt COVID-19-re pozitív eredménnyel:

- 0-3 hónapon belül 3-6 hónapon belül 6-12 hónapon belül > 1 éven belül Soha

3. Került-e ön kórházba COVID-19 fertőzés miatt?

- Igen Nem Nem tudom

Köszönjük a közreműködést!