АНКЕТА ГРАЖДАНИНА (ЗАКАЗЧИКА УСЛУГ)

в целях обеспечения профилактики заноса и распространения коронавирусной инфекции в ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Вопрос** | **Варианты ответа** | |
| 1. | Имеются ли у Вас хронические заболевания (в первую очередь, сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов дыхания, диабет)? | да | нет |
| 2. | Издано ли в отношении Вас постановление санитарных врачей о нахождении в режиме изоляции и медицинского наблюдения в домашних условиях? | да | нет |
| 3. | Находились ли Вы в течение последних 14 дней в контакте: | да | нет |
| - с гражданами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19; | да | нет |
| - с гражданами, которые в последние 14 дней вернулись из-за рубежа; | да | нет |
| - с гражданами, которые в последние 14 дней вернулись из других регионов Российской Федерации. | да | нет |
| 4. | Были ли у Вас за последние 7 дней симптомы ОРВИ (температура тела выше 37,5 градусов С и (или) один и более симптомов: одышка, кашель, потеря обоняния, ощущение заложенности в грудной клетке, головная боль, насморк и другие катаральные симптомы, кишечные расстройства)? | да | нет |
| 5. | Был ли у Вас ранее выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК COVID-19? | да | нет |
| Если да, то укажите дату отрицательного результата лабораторного исследования, либо дату, с которой в соответствии с документом медицинской организации (справка, эпикриз и т.п.) вы считаетесь выздоровевшим |  | |
| 6. | Есть ли у Вас в настоящее время симптомы ОРВИ (температура тела выше 37,5 градусов С и (или) один и более симптомов: одышка, кашель, потеря обоняния, ощущение заложенности в грудной клетке, головная боль, насморк и другие катаральные симптомы, кишечные расстройства)? | да | нет |
| 7. | Привиты ли Вы от COVID-19? | да | нет |
|  | Если да, то укажите, даты вакцинации (дату 1 и 2 этапа вакцинации) |  | |

В случае, если в период оказания мне услуг в ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» у меня и (или) совместно проживающих со мной граждан будет выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК COVID-19, я обязуюсь в течение суток по телефону 8 (343) 270-88-10 уведомить об этом менеджера по платным услугам ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов».

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г.

Подпись гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_