



BETEGÁPOLÓ IRGALMASREND  
BUDAI IRGALMASRENDI KÓRHÁZ

Tisztelt Betegünk!  
Tisztelt Látogató!  
Tisztelt Partnerünk!

A koronavírus okozta járvány megelőző intézkedéseinek betartása érdekében kérjük, az alábbi nyilatkozat kitöltését. Kérdése esetén forduljon munkatársunkhoz. Köszönjük együttműködését!

#### NYILATKOZAT

Név:.....

Lakcím:.....

Látogatás célja (szakrendelés, orvos megnevezése):.....

Kijelentem, hogy az elmúlt 14 napban

- külföldön  jártam  nem jártam;
- valószínűsített vagy megerősített új koronavírussal fertőzött személlyel szoros kontaktusban  voltam  nem voltam;
- légúti fertőző betegségekre utaló tünetem (pl. láz, köhögés, akut légzési nehézség, stb.)  
 van  nincs.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti nyilatkozat tartalma valós.

.....

aláírás

Hőmérséklete:

Vizsgálatot végző egészségügyi dolgozó neve és aláírása:.....

**Betegápoló Irgalmasrend Budai Irgalmasrendi Kórház**

H-1023 Budapest | Frankel Leó út 54. | Tel (36) 1 438 8631 | Fax (36) 1 438-8634  
www.irgalmas.hu