

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы

Городская клиническая больница № 29 им Н.Э. Баумана

111020, Москва, Госпитальная площадь, д.2

« ____ » _____ 2022 г

Я, _____

(Ф.И.О. полностью) _____ года рождения, зарегистрированная по адресу:

Фактически проживающая по адресу: _____

В соответствии со ст. 6.3. КоАП РФ, требованиями постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.01.2020 № 2 «О дополнительных мероприятиях по недопущению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019- nCoV», приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 30.01.2020 № 65 « О мероприятиях по своевременному выявлению, диагностике и профилактике инфекции, вызванной коронавирусом 2019- nCoV, в городе Москве», постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020 № 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019», постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.03.2020 №9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019»,

отвечая на предложенные вопросы, заявляю:

№	Вопрос	Ответ (да/нет)
1	Выезжали ли Вы за территорию Российской Федерации в течение последних 14 (четырнадцать) дней?	
2	Выезжали ли Вы за территорию Московской области в течение последних 14 (четырнадцать) дней?	
3	Были ли у Вас тесные контакты за последние 14 (четырнадцать) дней с лицами, находящимися под наблюдением по 2019- nCoV-инфекции?	
4	Были ли у Вас тесные контакты за последние 14 (четырнадцать) дней с лицами, находящимися под наблюдением по 2019- nCoV-инфекции, которые в последующем заболели?	
5	Были ли у Вас тесные контакты за последние 14 (четырнадцать) дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019- nCoV-инфекции?	
6	Были ли у Вас эпизоды повышения температуры тела выше 37,0 °С за последние 14 (четырнадцать) дней?	
7	Были ли у Вас кашель, насморк, боли в горле за последние 14 (четырнадцать) дней?	
8	Получали ли Вы лечение амбулаторно/стационарно с диагнозом «ОРВИ», «ОРЗ», «острый бронхит», «пневмония», «острый тонзиллит» за последние 14 (четырнадцать) дней?	
9	Имеются ли у Вас положительные результаты тестов на 2019- nCoV-инфекцию?	
10	ПЦР Мазок взят на COVID -19 В ПРИЁМНОМ ОТДЕЛЕНИИ № 2 ГКБ№ 29 ИМ.Н.Э.БАУМАНА	

Настоящая анкета заполнена мною собственноручно, правовые последствия ее написания мне известны (административная ответственность за нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

Подпись _____ Ф.И.О. полностью

Подпись лечащего врача _____ Ф.И.О. врача полностью