Приложение 3

к приказу ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №4 г.Уфа

от 03.04.2020г. №178-П

**Эпидемиологическая анкета пациента**

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

Номер телефона:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемый пациент, в связи с развитием неблагоприятной санитарно- эпидемиологической обстановки и в целях реализации постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020 No 7 просим Вас ответить на вопросы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Да | Нет |
| Была ли у вас повышенная температура за последние 14 дней? |  |  |
| Были ли у вас симптомы респираторного заболевания, такие как кашель или затрудненное дыхание в течение последних 14 дней? |  |  |
| Вы выезжали за пределы Российской Федерации в течение последних 14 дней? |  |  |
| Вы контактировали с человеком, которому был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COV1D-19? |  |  |
| Вы общались с человеком, который приехал из-за границы в течение последних 14 дней? |  |  |
| Вы находитесь в режиме изоляции (карантине)? |  |  |

Я ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

**подтверждаю полноту и достоверность представленных мною данных и даю согласие на их обработку в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г.152-ФЗ «О персональных данных».**

Данная анкета хранится в медицинской карте стоматологического больного 043/у.