Lütfen planlanan bir randevudan **15 dakika önce gelmeyiniz**. Lütfen tedavi/randevu günü anketi dikkatlice doldurunuz ve “Karls Cafe”de / kapıda veya merkezi hasta kabulünde personelimize gösteriniz.

Lütfen kontrol edin: [ ]  Hasta [ ]  Arkadaş

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adl, Soyadl: |       | Doğum tarihi: |       |
| Address: |       | Telefonnumara: |       |
| Hastalar için: Klinik / uzman bölümün adı: |       |
| Eşlik eden kişiler için: Hastanın adı, adı: |       |
| Randevu / tarih: |   | Zaman: |       |

Kanıt: [ ]  Negatif korona testi (<48 saat) [ ]  Tam aşılama (2. doz> 14/28 d) [ ]  Kurtarıldı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Üç sertifikadan hiçbiri mevcut değilse, lütfen dikkatlice doldurun:** | **Hayır** | **Evet** |
| Son 14 günde Riskli / Dis ülkede bulundunuzmu? | [ ]  | [ ]  |
| Son 14 gün içinde, COVID-19 olduğu kanıtlanabilecek bir kişiyle (> 10 dakika, <1.5 metre uzaklıkta) temas kurdunuz mu? | [ ]  | [ ]  |
| Corona tesi yapildimi ?Evet ise:     Test Tarihi :  Test sonucu: [ ]  positif [ ]  negatif  [ ]  sonuc acik | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hangi semtomlar var?** | **Hayır** | **Evet\*** |
| Tat ve koku kayibi | [ ]  | [ ]  |
| Ates >37,5°C | [ ]  | [ ]  |
| Kuru Öksürük | [ ]  | [ ]  |
| Kas ,ilik ve Basagrisi | [ ]  | [ ]  |
| Bogaz agrisi | [ ]  | [ ]  |
| Halsizlik ve hasta hissi | [ ]  | [ ]  |
| Bulanti/Istifra/Ishal | [ ]  | [ ]  |
| Nezle | [ ]  | [ ]  |
| Nefes darligi | [ ]  | [ ]  |

Bilgiler, tıbbi gizlilik ve veri koruma düzenlemelerine tabidir ve katı bir gizlilikle işlenir. \* Tıbbi değerlendirme gerekli

|  |
| --- |
| **Tıbbi değerlendirme: şüpheli COVID □ Evet □ Hayır**Cevabınız evet ise, netleştirmek için doğrudan klinikle iletişime geçin:□ Hastayı sevk eden hekime / pratisyen hekime geri gönderinYorum Yap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tarih: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doktorun imzası: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tüm tedavi süresi boyunca ortaya çıkan, adı geçen COVID semptomlarıyla ilgili tüm değişiklikleri size hemen bildireceğim.

**Aşağıdaki kurallara uyacağım:**

|  |  |
| --- | --- |
| Konaklamanız sırasında ağız ve burun koruması kullanın | [ ]  |
| Diğer insanlarla aranızda mesafe bırakın (en az 1,5 m) | [ ]  |

Tarih: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hastanın, refakatçinin imzası: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Kimlik doğrulandı / kabul edildi İmza RMK / Güvenlik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_