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 gönderin  Yorum 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_