Tarih: …../…../2020

Adı Soyadı : ………………………………………………………………..

GSM No: ……………………………………………………………………

DAHA ÖNCE SİZE COVİD 19 TANISI KOYULDU MU?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EVET |  |  | HAYIR |  |

14 GÜN İÇERİSİNDE COVİD 19 TANISI KOYULMUŞ KİŞİLERLE TEMAS KURDUNUZ MU?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EVET |  |  | HAYIR |  |

ATEŞ, NEFES DARLIĞI VE ÖKSÜRÜK GİBİ SAĞLIK ŞİKAYETİNİZ VAR MI?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EVET |  |  | HAYIR |  |

SON 14 GÜN İÇERİSİNDE HERHANGİ BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA BULUNDUNUZ MU?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EVET |  |  | HAYIR |  |

KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EVET |  |  | HAYIR |  |

Ziyaretçi Bilgi Formunda istenilen bilgileri eksiksiz doldurduğumu taahhüt ederim.

İMZA