

**Анкета  
на тестирование новой коронавирусной инфекции COVID-19.**

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_

Дата рождения " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_

Контактный номер телефона: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Температура на момент сдачи анализа: \_\_\_\_\_

Вы подтверждаете, что:	ДА	НЕТ
Имеются ли у вас признаки ОРВИ		
Температура выше 37,1		
Насморк		
Кашель		
Боль в груди/отдышка		
Были ли Вы в течение последних 14 дней за границей?		
Были ли Вы в течение последних 14 дней в других субъектах РФ?		
Был ли у Вас за последние 14 дней контакт с гражданами, прибывшими с территорий, где были зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции		
Был ли у Вас за последние 14 дней контакт с гражданами, у которых подтверждено заболевание коронавирусом		

Я, подтверждаю, что данные, внесенные мною в анкету, являются достоверными.

Я предупрежден (а), что нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание, может повлечь привлечение к уголовной ответственности, предусмотренной статьей 236 Уголовного кодекса Российской Федерации.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)