

# COVID-19 tervisedeklaratsioon

Patsiendi/saatja/esindaja nimi	Isikukood
--------------------------------	-----------

Kas Teie või keegi Teie leibkonnast on viimase 14 päeva jooksul kokku puutunud COVID-19 haigega?

Ei  Jah, millal .....

Kas Teil esineb vähemalt üks järgnevalt toodud haigussümptomitest?

*palavik üle 37,5 °C, köha, kurguvalu, hingamisraskused ja õhupuudus, maitse- ja lõhnatundlikkuse kadu, lihasvalu, väsimus*

Ei  Jah

Kas Teile on varasemalt tehtud COVID-19 test, mille vastus oli **positiivne**?

Ei  Jah, millal .....

*AS Medita Baltics osutab plaanilist ravitööd ainult madala COVID-19 nakkusriskiga patsientidele. Kõrge nakkusriskiga, teadaoleva COVID-19 kandluse või infektsiooniga patsiente käsitletakse erakorraliste haigetena vastavate riiklike tegevusjuhendite kohaselt.*

Patsiendi/saatja/esindaja allkiri	Kuupäev
-----------------------------------	---------

Isikuandmete vastutav töötaja

AS Medita Baltics | registrikood 12526983 | tegevusloa nr L03885, L04497, L04498, L04537, L04689, L04690

telefon 5 645 8430 | e-post [medita@medita.ee](mailto:medita@medita.ee) | [www.medita.ee](http://www.medita.ee)