

UNIVERSITY OF MINNESOTA DENTAL CLINICS

Использование в офисе: 6th 7th 8th 9th Вестибюль GPerio 5-7999

ФОРМА ОПРОСА В СВЯЗИ С COVID-19

Инициалы пациента: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Имеется ли у вас один из следующих новых симптомов, возникший в течение последних 14 дней:

Потеря вкусовой чувствительности или обоняния? Да Нет

Появление кашля? Да Нет

Одышка? Да Нет

Тошнота, рвота или диарея? Да Нет

Высокая температура или озноб? Да Нет

Положительный анализ на COVID-19 Да Нет

**ИЛИ**

контакт с лицом с положительным анализом в течение последних 3 недель?

Инициалы сотрудника:



Если вы ответили «ДА» на любой из этих вопросов, посещение не разрешено.