

### Kérdőív és nyilatkozat

Questionnaire and statement for persons arriving from areas affected by the 2019-nCoV a outbreak	Kérdőív és nyilatkozat az új koronavírus (2019-nCoV) által érintett területekről érkezőknek												
Personal data: Name (capital / block letters): _____ Date of birth: _____ Address in Hungary: _____ _____ Tel. (mobile): _____ E-mail: _____	Személyes adatok: Név (nyomatott betűvel): _____ Szül. idő: _____ Lakcím (magyarországi valós tartózkodási hely): _____ _____ Tel. (mobil): _____ E-mail: _____												
Have you been within the last 30 days at any area affected by registered disease, infection? (List all areas and provide the date of departure)	Az előző 30 napban tartózkodott-e bármely, regisztrált megbetegedéssel, fertőzéssel érintett területen? (Valamennyi érintett terület megjelölendő, a távozás dátumával együtt)												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;">Name of the area(s):</td> <td style="width: 75%;">Date of departure: _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Name of the area(s):	Date of departure: _____	<input type="checkbox"/>			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 55%;">Terület(ek) megnevezése:</td> <td style="width: 40%;">Távozás dátuma: _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Terület(ek) megnevezése:	Távozás dátuma: _____	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Name of the area(s):	Date of departure: _____											
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Terület(ek) megnevezése:	Távozás dátuma: _____											
<input type="checkbox"/>													
Have you been in contact with a person having probable or confirmed 2019nCoV case?	Kapcsolatba került valószínűsített vagy megerősített új koronavírus (2019-nCoV) okozta fertőzésben szenvedő személlyel?												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 95%;">Yes Date of last contact: _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 95%;">No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Yes Date of last contact: _____	<input type="checkbox"/>	No	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 95%;">Igen Utolsó érintkezés dátuma: _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 95%;">Nem</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Igen Utolsó érintkezés dátuma: _____	<input type="checkbox"/>	Nem				
<input type="checkbox"/>	Yes Date of last contact: _____												
<input type="checkbox"/>	No												
<input type="checkbox"/>	Igen Utolsó érintkezés dátuma: _____												
<input type="checkbox"/>	Nem												
Have you been admitted into a health care facility (e.g. hospital) within the last 30 days from where patients with 2019-nCoV infections were reported? If yes, where?	Járt-e az elmúlt 30 napban olyan kórházban ahol az 2019-nCoV megbetegedésben szenvedő személyeket kezelnek? Amennyiben igen, hol?												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 95%;">Yes Date and reason for the admission: _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 95%;">No Name of the health care facility: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Yes Date and reason for the admission: _____	<input type="checkbox"/>	No Name of the health care facility: _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 95%;">Igen Dátum és a kezelés oka: _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 95%;">Nem Kórház megnevezése: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Igen Dátum és a kezelés oka: _____	<input type="checkbox"/>	Nem Kórház megnevezése: _____				
<input type="checkbox"/>	Yes Date and reason for the admission: _____												
<input type="checkbox"/>	No Name of the health care facility: _____												
<input type="checkbox"/>	Igen Dátum és a kezelés oka: _____												
<input type="checkbox"/>	Nem Kórház megnevezése: _____												
	↑												

Do you have any of the following symptoms? (if yes, please indicate the date of onset)		Észleli-e magán az alább felsorolt tünetek valamelyikét, a tünet jelentkezésének dátumát is adja meg:	
<b>Fever:</b>		<b>Láz:</b>	
<input type="checkbox"/>	Yes Date of onset of the symptom: _____	<input type="checkbox"/>	Igen Tünet fellépésének dátuma: _____
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nem
<b>Cough:</b>		<b>Köhögés:</b>	
<input type="checkbox"/>	Yes Date of onset of the symptom: _____	<input type="checkbox"/>	Igen Tünet fellépésének dátuma: _____
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nem
<b>Sore throat:</b>		<b>Torokfájás:</b>	
<input type="checkbox"/>	Yes Date of onset of the symptom: _____	<input type="checkbox"/>	Igen Tünet fellépésének dátuma: _____
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nem
<b>Shortness of breath:</b>		<b>Légszomj:</b>	
<input type="checkbox"/>	Yes Date of onset of the symptom: _____	<input type="checkbox"/>	Igen Tünet fellépésének dátuma: _____
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nem
I hereby confirm the all the above statements are correct <b>and</b> I will immediately notify the dedicated person if any of the above listed symptoms appear within 30 days after leaving area affected by the infection.		Igazolom, hogy a fenti nyilatkozat tartalma a valóságnak megfelel és a regisztrált megbetegedéssel, fertőzéssel érintett terület elhagyása utáni 30 napban a fent felsorolt tünetek jelentkezése esetén azonnal értesítem a kijelölt személyt.	
Place, date	Signature	Hely, dátum	Aláírás
Dedicated contact person		Kijelölt személy és elérhetősége	
Name		Név	
Phone number		Telefon	
Address		Cím	