

ОПРОСНИК

Фамилия, И.О. _____ Вес _____ Рост _____

НАЛИЧИЕ СЫПИ, ПОКРАСНЕНИЙ, ВЫСЫПАНИЙ (нужное обвести): ДА / НЕТ

(Если ДА, указать область: **голова, лицо, руки, ноги**)

Температура: ДА / НЕТ(нужное обвести)

Контакт с инфекционными больными: ДА / НЕТ (нужное обвести)

Выезд за рубеж: ДА / НЕТ(нужное обвести)

Сахарный диабет: ДА / НЕТ(нужное обвести)

Место работы, учёбы (название организации) _____

Должность _____

Свой телефон _____

Контактный телефон родственников _____

К какой ж/к Вы прикреплены: _____

Дата « _____ » _____ 2020г. Подпись _____

Приложение № 19 к приказу
ГБУЗ «ГКБ им. А.К.Ерамишанцева ДЗМ»
от «09» июня 2018 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

✓ Я, _____ № истории болезни _____

- Информирована о том, что **курение в больнице запрещено!**

Нельзя пользоваться электроприборами, хранить верхнюю одежду, Ценности в отделении, а также покидать отделение без разрешения медицинского персонала. Я уведомлена и согласна с тем, что за нарушение указанных правил я могу быть досрочно выписана из стационара за нарушение режима.

✓ Дата « _____ » _____ 2020 г. Подпись _____