

Vizsgálatkérő és beutaló nyomtatvány a Bethesda Gyermekkórház Poszt-Covid Ambulanciájára

Mint az alábbi gyermek háziorvosa, kérem betegem post-COVID ambulancián történő további vizsgálatát, mivel a jelen fizikális vizsgálat és anamnézis felvétel alapján fennállhat long-COVID illetve post-COVID állapot.

Vizsgálat helye: Bethesda utcai általános gyermekgyógyászati ambulancia, NEAK KÓD: 012320512)

A vizsgálat csak akkor kérhető, ha (kérem X-el jelölni)

- ☐ Az akut COVID-19 óta legalább 3 hónap eltelt és
- ☐ a jelen panaszok már legalább 2 hónapja fennállnak.

Gyermek neve:

TAJ-száma:

Lakcíme:

Háziiorvosi vizsgálat dátuma:

Akut COVID-19 igazolt vagy feltételezett időpontja:

Jelen panaszok kezdete:

Tünetek:

- ☐ Fáradtság
- ☐ Szag- és/vagy ízérzésvizavar
- ☐ Izomgyengeség
- ☐ Mellkasi fájdalom
- ☐ Perzisztáló légúti tünetek
- ☐ Egyéb, mely nem feltétlenül hozható összefüggésbe a lezajlott COVID-19-el (pszichés tünetek, fejfájás stb.)

Rövid fizikális státusz:

A tünetekről, az akut betegség óta eltelt időről és a jelen panaszok fennállásának időtartamáról a törvényes képviselő nyilatkozott.

Naplószám:

Háziiorvos neve:

Rendelő munkaidőben elérhető telefonszáma:

Pecset, aláírás: