

Παρακαλώ σημειώστε τα σωστά κουτάκια



COVID-19

Ημερομηνία									
ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ									
ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ									

Αριθμός ασθενούς

1. Είστε θετικοί στον COVID-19 ΣΗΜΕΡΑ;

- Ναι Όχι δεν γνωρίζω

2. Έχετε βρεθεί θετικοί στον τελευταίο:

- 0-3 μήνες 3-6 μήνες 6-12 μήνες > 1 έτος; ποτέ

3. Νοσηλευθήκατε κατά τη διάρκεια της μόλυνσης σας από τον COVID-19;

- Ναι Όχι δεν γνωρίζω

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!