**Kérdőív és nyilatkozat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Questionnaire and statement****for persons who have been in an area where the spread of the new coronavirus (2019-nCoV) has been confirmed; and for those who may have been in contact with an infected person** | **Kérdőív és nyilatkozat****azoknak a személyeknek, akik olyan területen jártak, ahol az új koronavírus (2019-nCoV) közösségi terjedését igazolták; illetve azoknak, akik fertőzött személlyel kapcsolatba kerülhettek** |
| Personal data:Name (capital / block letters):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date of birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Address in Hungary:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. (mobile): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Személyes adatok:Név (nyomtatott betűvel): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Szül. idő: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lakcím (magyarországi valós tartózkodási hely): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. (mobil): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Have you been in the area where the spread of the new coronavirus (2019-nCoV) has been confirmed in the last 14 days? (All areas to be indicated, including date of departure) | Az előző 14 napban tartózkodott-e olyan területen, ahol az új koronavírus (2019-nCoV) közösségi terjedését igazolták? (Valamennyi érintett terület megjelölendő, a távozás dátumával együtt) |
| ⁬ |  | Date of departure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Province/city:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⁬ |  | Távozás dátuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ⁬ |  | Date of departure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Province/city:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⁬ |  | Tartomány/város/ország: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
| Have you contacted a person who is suspected or confirmed to be infected with a new coronavirus (2019-nCoV)? | Kapcsolatba került valószínűsített vagy megerősített új koronavírus (2019-nCoV) okozta fertőzésben szenvedő személlyel? |
| ⁬ | Yes Date of last contact: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⁬ | Igen Utolsó érintkezés dátuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ⁬ | No | ⁬ | Nem |
|  |  |
| Have you been to a hospital where people with 2019-nCoV are treated in the last 14 days? | Járt-e az elmúlt 14 napban olyan kórházban, ahol a 2019-nCoV megbetegedésben szenvedő személyeket kezelnek? |
| ⁬ | Yes Date and reason for the admission: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⁬ | Igen Dátum és a kezelés oka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ⁬ | No | ⁬ | Nem |
|  |  | ⁬ |  |
| 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: |
| **Fever:** | **Láz:** |
| ⁬ | Yes Date of onset: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⁬ | Igen Tünet fellépésének dátuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ⁬ | No |  | Nem |
|  |  |  |  |
| **Cough:** | **Köhögés:** |
| ⁬ | Yes Date of onset: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⁬ | Igen Tünet fellépésének dátuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ⁬ | No | ⁬ | Nem |
|  |  |
| **Sore throat:** | **Torokfájás:** |
| ⁬ | Yes Date of onset: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⁬ | Igen Tünet fellépésének dátuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ⁬ | No | ⁬ | Nem |
|  |  |  |  |
| **Shortness of breath:** | **Légszomj:** |
| ⁬ | Yes Date of onset: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⁬ | Igen Tünet fellépésének dátuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ⁬ | No | ⁬ | Nem |
| I hereby confirm the all the above statements are true **and** within 14 days of leaving the infected area, I will immediately notify the designated person if any of the symptoms listed above occur. | Igazolom, hogy a fenti nyilatkozat tartalma a valóságnak megfelel**és**a fertőzött terület elhagyása utáni 14 napban a fent felsorolt tünetek jelentkezése esetén azonnal értesítem a kijelölt személyt. |
|  |  |  |  |
| Dedicated contact person |  | Kijelölt személy és elérhetősége  |  |
| Name |  | Név |  |
| Phone number |  | Telefon |  |
| Address |  | Cím |  |

I agree that, in view of the epidemiological situation, the Higher Education Institution shall make the above data and information available to the Higher Education Area of ​​the Ministry of Innovation and Technology and the Operational Staff in order to prevent the spread of the coronavirus, until it disappears.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Place, date | Signature | Hely, dátum | Aláírás |