**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 |