

COVID-19 İZOLASYON SONRASI OKULA DÖNÜŞ FORMU

Öğrenci Adı - Soyadı:

TC No:

Okul Adı :

Sınıfı:

Sınıf No :

İzolasyon Başlangıç Tarihi:

Hastanede Tedavi Gördünüz mü?

Test Sonucu ve Tarihi:

Hastane Yatış Tarihi:

İzolasyon Bitiş Tarihi:

Hastane Çıkış Tarihi:

Şu anda aşağıdaki şikayetlerden hangileri mevcuttur?

	Var	Yok		Var	Yok
Ateş			Kas/Eklem Ağrısı		
Öksürük			Yorgunluk/Kırgınlık		
Nefes Darlığı			Karın Ağrısı		
Boğaz Ağrısı			Bulantı Kusma		
Baş Ağrısı					

Şu an kullanmakta olduğunuz bir ilaç/tedavi var mı?

Aile Hekiminizden izolasyonun bittiğine dair sözlü veya yazılı bilgi aldınız mı?

Verdiğim beyanların doğru olduğunu, çocuğuma ait kişisel verilerin kaydedilerek işlenmesine ve ilgili kişilere aktarılmasına açık bir şekilde rıza gösterdiğimi beyan ve kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Öğrenci Adı – Soyadı :

Veli Adı - Soyadı
(İmza)

Fiziki Muayene

Ateş:

KARAR:

Maske kullanmak ve periyodik ateş kontrolü yaptırmak şartıyla okula dönebilir.

Muayene Tarihi:

Protokol No:

Kurum Doktor Kaşe - İmza