



Έντυπο αιτήματος Κατ' Οίκου Εξέτασης Κορωνοϊού (COVID-19)

Όνομα				
Δεύτερο όνομα				
Επώνυμο				
Ημερομηνία γέννησης				
Φύλο				
Διεύθυνση				
Κινητό				
τηλέφωνο σπιτιού				
Αριθμός Medicare Number ή/και Αριθμός Άδειας Οδήγησης				
Δειγματολογικός χώρος τεστ στυλεού (σημειώστε το τετράγωνο/τετράγωνα που ισχύουν)	<input type="checkbox"/> Φάρυγγας <input type="checkbox"/> Μύτη			
Ημερομηνία συλλογής	/ / 2020			
Ώρα συλλογής				
Έχετε συμπτώματα κορωνοϊού (COVID-19);	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
Εάν έχετε συμπτώματα κορωνοϊού (COVID-19), ποια συμπτώματα έχετε; (Σημειώστε όλα τα τετράγωνα που ισχύουν)	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Πονόλαιμος <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Καταρροή μύτης <input type="checkbox"/> Πονοκέφαλος <input type="checkbox"/> Πυρετός</td><td><input type="checkbox"/> Δυσκολία αναπνοής <input type="checkbox"/> Απώλειας αίσθησης οσμής <input type="checkbox"/> Απώλεια αίσθησης γεύσης</td><td><input type="checkbox"/> Άλλο:</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Πονόλαιμος <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Καταρροή μύτης <input type="checkbox"/> Πονοκέφαλος <input type="checkbox"/> Πυρετός	<input type="checkbox"/> Δυσκολία αναπνοής <input type="checkbox"/> Απώλειας αίσθησης οσμής <input type="checkbox"/> Απώλεια αίσθησης γεύσης	<input type="checkbox"/> Άλλο:
<input type="checkbox"/> Πονόλαιμος <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Καταρροή μύτης <input type="checkbox"/> Πονοκέφαλος <input type="checkbox"/> Πυρετός	<input type="checkbox"/> Δυσκολία αναπνοής <input type="checkbox"/> Απώλειας αίσθησης οσμής <input type="checkbox"/> Απώλεια αίσθησης γεύσης	<input type="checkbox"/> Άλλο:		

Για περισσότερες πληροφορίες για τον κορωνοϊό και πως να διατηρηθείτε ασφαλείς, επισκεφθείτε το:
www.dhhs.vic.gov.au/coronavirus.

Παραπεμπτικός ιατρός: Dr Annaliese van Diemen