

**Расписка**  
**об информации о выезде за пределы Российской Федерации или контакте с больными**  
**подозрительными на COVID-19**

Я \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_   
домашний телефон \_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, мобильный телефон \_\_\_\_\_   
настоящей распиской информирую:

1. За последние 14 дней я **не выезжал(а) / выезжал(а)** за пределы Российской Федерации  
Наименование страны<sup>1</sup> \_\_\_\_\_.  
Дата возврата в Россию \_\_\_\_\_.

2. За последние 14 дней я **не контактировал / контактировал** с лицами, вернувшимися из  
зарубежных стран. Наименование страны<sup>1</sup> \_\_\_\_\_.  
Дата возврата в Россию контактного лица \_\_\_\_\_.

3. За последние 14 дней я **не контактировал / контактировал** с лицами, у которых  
лабораторно (ПЦР) подтвержден диагноз COVID-19.

4. За последние 14 дней я **не контактировал / контактировал** с лицами, у которых были  
признаки ОРВИ и (или) пневмонии.

Настоящей распиской я подтверждаю, что проинформирован(а), что коронавирус- COVID-19  
внесен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих  
(Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 года № 66).

Мне разъяснено и понятно, что в соответствии с Российским законодательством за  
распространение болезней из этого списка предусмотрена ответственность, в том числе  
уголовная ст. 236, ст. 237 УК РФ.

Мне разъяснены и понятны меры предосторожности от заражения коронавирусом 2019-  
nCoV.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)

<sup>1</sup>Саудовская Аравия, ОАЭ, Китай, Япония, Р.Корея, Вьетнам, Сингапур, Австралия, Малайзия, Камбоджа, Филиппины, Новая Зеландия, Таиланд, Непал, Шри-Ланка, Индия, Индонезия, Франция, Германия, Финляндия, Италия, Великобритания, Испания, Россия, Швеция, Бельгия, Израиль, Австрия, Хорватия, Швейцария, Северная Македония, Грузия, Норвегия, Дания, Эстония, Нидерланды, Сан-Марино, Греция, Румыния, Литва, Белоруссия, Азербайджан, Монако, Исландия, Люксембург, Армения, Ирландия, Чехия, Андорра, Португалия, Латвия, Украина, Лихтенштейн, Венгрия, Польша, Словения, Босния и Герцеговина, США, Канада, Бразилия, Мексика, Эквадор, Доминиканская Республика, Аргентина, Чили, ОАЭ, Египет, Иран, Ливан, Кувейт, Бахрейн, Оман, Афганистан, Ирак, Пакистан, Катар, Иордания, Тунис, Саудовская Аравия, Марокко, Палестина, Алжир, Нигерия, Сенегал, ЮАР

## АНКЕТА

Просим Вас максимально правдиво и точно ответить на вопросы анкеты.

Не спешите с ответами, внимательно прочтите и вспомните все обстоятельства по заданным в анкете вопросам.

**Помните, во время эпидемии от этого может зависеть чья-то жизнь!**

Вопрос анкеты	ДА	НЕТ
Больны ли Вы новой коронавирусной инфекцией COVID-19?		
Болели ли Вы ранее новой коронавирусной инфекцией COVID-19? Если болели, есть ли у Вас справка о выздоровлении?		
Находитесь ли Вы в данный момент на карантине?		
Имеются ли у Вас сейчас признаки ОРВИ, или имелись в последние 14 дней: <ul style="list-style-type: none"> <li>• повышение температуры,</li> <li>• «ломота» в мышцах,</li> <li>• резь в глазах, слезотечение,</li> <li>• сухой кашель, першение в горле,</li> <li>• потеря обоняния или вкуса</li> </ul>		
Вы были в контакте с больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19? Если да, то когда именно?		
Были ли Вы в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов? Если да, то когда?		
Были ли Вы за последние 14 дней в регионах (странах), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?		
Контактировали ли Вы за последние 14 дней с лицами, вернувшимися из регионов (стран), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?		
Вы работаете в медицинском учреждении или социальном учреждении закрытого типа?		
Живете ли Вы в семье с кем-то, кому был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19?		
Имеются ли у Вас заболевания почек, печени, легких, эндокринные заболевания (диабет), сердечно-сосудистые заболевания (гипертония), иммунологические нарушения, СПИД? Если да, то какие:		
Температура тела на момент обращения _____		

Я подтверждаю, что честно ответил на все вопросы эпидемиологической анкеты.

Настоящим я подтверждаю, что проинформирован(а), что коронавирус- COVID-19 внесен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 года № 66).

Мне разъяснено и понятно, что в соответствии с Российским законодательством за распространение болезней из этого списка предусмотрена ответственность, в том числе уголовная ст. 236, ст. 237 УК РФ.

Мне разъяснены и понятны меры предосторожности от заражения коронавирусом 2019-nCoV.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)