

Kockázatfeltáró nyilatkozat

Név:

Egyesület:

1. Jelentkezett-e Önnél az elmúlt három nap során újonnan kialakult
 - a. láz vagy hőemelkedés (37,5 °C)
 Igen Nem
 - b. fejfájás, rossz közérzet, gyengeség, izomfájdalom
 Igen Nem
 - c. száraz köhögés, nehéz légzés, légszomj, szapora légvétel
 Igen Nem
 - d. torokfájás, szaglás vagy ízlés elvesztése
 Igen Nem
 - e. émelygés, hányás, hasmenés
 Igen Nem

2. Érintkezett-e az elmúlt 14 nap során igazoltan koronavírus fertőzésben szenvedő beteggel
 Igen Nem

3. Érintkezett-e az elmúlt 14 nap során olyan személlyel, akit hatósági karanténban különítettek el koronavírus-fertőzés gyanúja miatt
 Igen Nem

4. Járt-e az elmúlt 14 nap során vörössel vagy sárgával jelölt országban vagy fogadott-e ilyen országból érkezett vendéget
 Igen Nem

5. Érintkezett-e az elmúlt 14 nap során olyan személlyel, akinek láza, köhögése, légszomja volt
 Igen Nem

6. A házi orvos javasolta a koronavírus-teszt (PCR vizsgálat) elvégzését
 Igen Nem

A nyilatkozat aláírója vállalja, hogy szükség esetén aláveti magát orvosi vizsgálatnak.

Dátum:

.....

aláírás