

COVID-19 TERVISEDEKLARATSIOON HOOLEKANDEASUTUSE KÜLASTAJALE

KÜLASTAJA

Ees- ja perekonnanimi.....

Isikukood.....

1. Kas Teie või keegi Teie leibkonnast on viimase 14 päeva jooksul kokku puutunud COVID-19 haigega?

☐ Jah millal ☐ Ei

2. Kas Teil esineb vähemalt üks all toodud haigussümptomitest?

☐ Jah (*vali sümptomid*) ☐ Ei

☐ – palavik üle 37,5 oC

☐ – köha

☐ – kurguvalu

☐ – hingamisraskused, õhupuudus

☐ – maitse- ja lõhnatundlikkuse kadu

☐ – lihasvalu

☐ – väsimus

☐ -muu.....

3. Kas Teil on varasemalt tehtud COVID-19 test, mille vastus oli POSITIIVNE?

☐ Jah, millal ☐ Ei

.....

/allkiri/

.....

/kuupäev/