COVID-19 TERVISEDEKLARATSIOON HOOLEKANDEASUTUSE KÜLASTAJALE

COVID-19 TERVISEDEKLARATSIOON HOOLEKANDEASUTUSE KÜLASTAJALE

KÜLASTAJA

Ees- ja perekonnanimi: sisesta ees- ja perekonnanimi

Isikukood: sisesta isikukood

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

 Jah, millal: millal   EI

2. Kas Teil esineb vähemalt üks all toodud haigussümptomitest?

 Jah (vali sümptomid)     EI

‒ palavik üle 37,5 °C

‒ köha

‒ kurguvalu

‒ hingamisraskused, õhupuudus

‒ maitse- ja lõhnatundlikkuse kadu

‒ lihasvalu

‒ ebatavaline väsimus

‒ muu muu

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

 Jah, millal: millal   EI

sisesta kuupäev

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

            /allkiri/                                                                                                                  /kuupäev/