

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/