

## Egészségügyi nyilatkozat formanyomtatványa

**Mérgőzés:**

**Dátum:**

**Helyszín:**

Az itt megadott információkat a helyi jogszabályokkal összhangban a közegészségügyi hatóságok felhasználhatják a COVID-19-re vonatkozó közegészségügyi válasz összefüggésében. Az űrlapot minden 13 évesnél idősebb nézőnek ki kell töltenie. Egy űrlap felhasználható egy háztartásban résztvevő csoportok számára. **[a helyi szabályozástól függően további adatvédelmi szabályra lehet szükség.]**

Név (nevek): .....

Email cím: .....

Telefonszám: .....

	IGEN	NEM
Van Önnek (vagy bárki másnak, akinek kitölti ezt az űrlapot) jelenleg tünetei vagy annak vannak tünetei, vagy diagnosztizáltak-e koronavírus-betegséget (Covid-19) az elmúlt 14 napban?		
Az elmúlt 14 nap során tartózkodott-e Ön, vagy valamelyik hozzátartozója külföldön?		
Az elmúlt 14 nap során (vagy bárkivel, akinek kitölti ezt az űrlapot) kapcsolatba került valakivel, aki koronavírusal (Covid-19) fertőzött vagy lehet fertőzött		
Az elmúlt 24 órában Önnek (vagy bárki másnak, akinek kitölti ezt az űrlapot) a következő tünetek bármelyike jelentkezett	IGEN	NEM
1. Láz		
2. Köhögés		
3. Orrfolyás		
4. Torokfájás		
5. Szaglás, vagy ízlelés veszteség		
6. Légzésnehézség, légszomj		

Ha a fenti kérdések bármelyikére igennel válaszolt, akkor Ön és a háztartás tagjai nem léphetnek be a mérgőzés helyszínére.

Kijelentem, hogy tudomásom szerint ezen az űrlapon megadott információ helyes.

Aláírás: ..... Dátum: .....