

Egészségügyi nyilatkozat

Mérvőzés:

Dátum:

Helyszín:

Az Ön által megadott adatokat a közegészségügyi hatóságok a helyi jogszabályokkal összhangban felhasználhatják a COVID-19 betegséggel kapcsolatos közegészségügyi intézkedésekhez. Az űrlapot minden 13 évesnél idősebb néző köteles kitölteni. Az egy háztartásban élők számára elegendő egy űrlapot kitölteni.

Név (nevek):

E-mail cím:

Telefonszám:

Ülés(ek) száma:

	Igen	Nem
Ön (vagy más személy, aki számára ezt az űrlapot kitölti) jelenleg tapasztal-e koronavírusra (Covid-19 betegségre) utaló tüneteket, illetve voltak-e ilyen tünetei vagy diagnosztizáltak-e ilyen betegséggel az elmúlt 14 napban?		
Az elmúlt 14 napban Ön (vagy más személy, aki számára ezt az űrlapot kitölti) kapcsolatba került-e olyan személlyel, aki koronavírussal (Covid-19 betegséggel) megfertőződött vagy fertőzött lehetett?		
Az elmúlt 24 órában Ön (vagy más személy, aki számára ezt az űrlapot kitölti) tapasztalta-e az alábbi tünetek bármelyikét?	Igen	Nem
<input type="checkbox"/> láz		
<input type="checkbox"/> köhögés		
<input type="checkbox"/> orrfolyás		
<input type="checkbox"/> torokfájás		
<input type="checkbox"/> szagló- és ízelelőképesség romlása		
<input type="checkbox"/> légzési nehézség		

Ha a fenti kérdések bármelyikére igennel válaszolt, akkor Ön és háztartása más tagjai nem léphetnek be a csarnokba.

Kijelentem, hogy az űrlapon megadott információk legjobb tudomásom szerint helyesek, egyúttal nyilatkozom, hogy a www.gyoretokc.hu/covid honlapon közzétett, adatkezelésre vonatkozó tájékoztatót megismertem.

Aláírás:

Dátum: