**COVID-19 Tervisedeklaratsioon hoolekandeasutuse külastajale**

**Külastuse kuupäev:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020. a**

**Palume Teil täita alljärgnev deklaratsioon, mis aitab määratleda Teie nakatumisriski COVID-19 viirusesse (koroonaviirus). Teie kontaktandmeid ei avalikustata ning tervisedeklaratsiooni säilitatakse peale külaskäiku 21 kalendripäeva.**

**Külastaja nimi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Külastaja isikukood\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kontakttelefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Keda külastate:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Palume märkida sobiv vastusevariant X*

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 37,5C

☐‒ 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 ...................................☐

Deklaratsiooni täitaja allkiri \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_