COVID-19 TERVISEDEKLARATSIOON PATSIENDILE VÕI SAATJALE

PATSIENT

Ees- ja perekonnanimi………………………………………………………………………………………..

Isikukood.............................................................................................................

SAATJA

Ees- ja perekonnanimi..........................................................................................

Isikukood.............................................................................................................

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

Jah millal …………………………………………… Ei

1. **Kas Teil esineb vähemalt üks all toodud haigussümptomitest?**

Jah Ei

* + palavik üle 37,8 oC
	+ köha
	+ kurguvalu
	+ hingamisraskused, õhupuudus
	+ maitse- ja lõhnatundlikkuse kadu
	+ lihasvalu
	+ nõrkus
	+ kõhulahtisus
1. **Kas Teil on varasemalt tehtud COVID-19 test, mille vastus oli POSITIIVNE?**

Jah millal ................................... Ei

…………………………………………………….. …………………………………………………..

/allkiri/ /kuupäev/