Egészségügyi nyilatkozat

**Mérkőzés: 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 diagnosztizálták-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** |
| láz |  |  |
| köhögés |  |  |
| orrfolyás |  |  |
| torokfájás |  |  |
| szagló- és ízlelőképesség romlása |  |  |
| 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.

Aláírás: Dátum: