

1. MELLÉKLET: EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT MINTA

Egészségügyi nyilatkozat		
Mérgőzés:	Dátum:	Helyszín:
<p>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.</p>		
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az elmúlt 14 napban Ön (vagy más személy, aki számára ezt az űrlapot kitölti) kapcsolatba került-e olyan személlyel, aki koronavírusal (Covid-19 betegséggel) megfertőződött vagy fertőzött lehetett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az elmúlt 24 órában Ön (vagy más személy, aki számára ezt az űrlapot kitölti) tapasztalta-e az alábbi tünetek bármelyikét?	Igen	Nem
láz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
köhögés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orrfolyás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
torokfájás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szagló- és ízlelőképesség romlása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
légzési nehézség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

12.