

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 10 päeva jooksul kokku puutunud COVID-19 haigega.

Jah millal EI

2. Kas Teil esineb vähemalt üks all toodud haigussümptomitest?

Jah EI

- palavik üle 37,8 °C
- köha
- kurguvalu
- hingamisraskused, õhupuudus
- maitse- ja lõhnatundlikkuse kadu
- lihasvalu
- nõrkus
- kõhulahtisus

3. Kas Teil on varasemalt tehtud COVID-19 test, mille vastus oli POSITIIVNE?

Jah millal EI

4. Kas olete täielikult vaksineeritud vastavalt skeemile: Pfizer/BioNTech COMIRNATY – 7 päeva pärast teist vaktsiinidoosi manustamist; Moderna – 14 päeva pärast teist vaktsiinidoosi manustamist; AstraZeneca VAXZEVRIA – 15 päeva pärast teist vaktsiinidoosi manustamist; COVID-19 Vaccine Janssen – 14 päeva pärast vaktsiinidoosi manustamist.

Jah EI

.....
/allkiri/

.....
/kuupäev/