

Prohlášení o neexistenci příznaků virového infekčního onemocnění COVID-19

Jméno, příjmení a rok narození:

Adresa:

Tel. číslo:

Typické příznaky onemocnění COVID-19

Pozoroval/a jste na sobě v posledních 14-ti dnech některý z následujících typických příznaků onemocnění COVID-19?

ANO NE

<input type="checkbox"/> Zvýšená teplota nebo horečka	<input type="checkbox"/> Třesavka
<input type="checkbox"/> Suchý kašel	<input type="checkbox"/> Ztráta čichu
<input type="checkbox"/> Zvýšená únava	<input type="checkbox"/> Ztráta chuti
<input type="checkbox"/> Produkce sputa (hlen z dýchacích cest)	<input type="checkbox"/> Pocit na zvracení, zvracení
<input type="checkbox"/> Dušnost	<input type="checkbox"/> Ucpání nosu
<input type="checkbox"/> Bolesti krku	<input type="checkbox"/> Průjem
<input type="checkbox"/> Bolesti svalů a kloubů	<input type="checkbox"/> Hemoptýza (vykašlávání krve)
<input type="checkbox"/> Bolesti hlavy	<input type="checkbox"/> Překrvení spojivky

V případě výskytu výše uvedených příznaků je třeba ihned telefonicky kontaktovat lékaře a krajskou hygienickou stanici, do doby vyšetření lékařem zůstat v izolaci, v případě indikace PCR vyšetření na přítomnost SARS-CoV-2 absolvovat vyšetření bezodkladně.

Já níže podepsaný/á svým podpisem potvrzuji pravdivost předložených údajů.

Podpis:

Datum: 25.9.2021