

SELFREPORTING FORMULÁŘ

Screeningový dotazník pro osoby vstupující do areálu AQUACENTRA zpracovaný v návaznosti na stanovení závazných hygienicko-protiepidemických podmínek pro konání významných sportovních akcí nebo soutěže ze dne 4. 12. 2020 pod č. j.: MZDR 49467/2020-5/OVZ. Formulář se vyplňuje všemi osobami vstupujícími do dispozic areálu a odevzdává se osobě pověřené organizátorem akce.

Jméno: Příjmení:

Datum narození: Adresa:

Účel účasti v areálu:

Typické příznaky onemocnění COVID-19

Pozoroval jste na sobě během uplynulých 14 ti-dnů, nebo od posledního vyplnění tohoto formuláře některý z následujících typických příznaků onemocnění COVID-19?

Nehodící se škrtněte

- | | |
|---|---|
| <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 ošetřujícího lékaře a místně příslušný orgán ochrany veřejného zdraví a do doby vyšetření lékařem zůstat v izolaci.

Měření teploty u vstupu do aquacentra

Naměřená hodnota ve stupních Celsia (°):

Údaje o absolvování posledního vyšetření na stanovení přítomnosti viru SARSCoV-2 metodou RT-PCR

Test byl proveden dne:

S výsledkem: negativní - pozitivní (nehodící se škrtněte)

Datum: Podpis: