

Hälsodeklaration

Namn:		
Personnummer:		
1. Har du haft konstaterad eller misstänkt COVID-19?	JA	NEJ
Om ja, när?		
2. Har du haft, de senaste 14 dagarna, feber och/eller förkylnings-, hosta, halsont, led-/muskelvärk, huvudvärk, magbesvär med diarréer?	JA	NEJ
3. Om Ja: Har det gått mer än 7 dagar sedan du insjuknade i symtom enligt ovan?	JA	NEJ
4. Om ja: Har du varit feberfri och känt dig frisk de senaste 48 timmarna?	JA	NEJ
5. Känner du dig idag helt frisk?	JA	NEJ

Jag förstår vikten av att ovanstående frågor besvaras sanningsenligt och noggrant. Att undanhålla information enligt ovan kan medföra risk för annan att drabbas av COVID-19 som klassas som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen. Folkhälsomyndighetens rekommendationer ska därmed ses som skyldighet och det är brottsligt och straffbart att medvetet utsätta någon för risk att smittas.

Jag har läst och förstått frågorna och texten ovan. JA

Jag har svarat sanningsenligt på frågorna. JA

Namnunderskrift

Ort

Datum