

Hälsodeklaration

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. Har du under sjukdomsperioden testats för covid-19?	JA	NEJ
4. Om JA, vad visade provresultatet?	POSITIVT	NEGATIVT
5. Om Ja, har det gått mer än 7 dagar sedan du insjuknade i symtom enligt ovan?	JA	NEJ
6. Om ja, har du varit feberfri och känt dig frisk de senaste 48 timmarna?	JA	NEJ
7. Känner du dig idag helt frisk?	JA	NEJ
8. Är du vaccinerad mot covid-19?	JA	NEJ