

Screeningový dotazník pro ostatní osoby vstupující na stadion. Nutno vyplnit při vstupu na stadion.

Jméno _____ Příjmení _____

Datum narození _____ Adresa _____

1. Typické příznaky onemocnění COVID-19

Pozoroval jste na sobě v posledních 14 ti dnech, nebo od posledního vyplnění screeningového dotazníku 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.

2. Měření teploty při vstupu na stadion

Naměřená hodnota _____

3. Oprávnění vstupu na stadion prokázáno (zvolte správnou variantu):

- negativní výsledek RT-PCR test ze dne _____
- negativní výsledek antigenní test ze dne _____
- certifikát o provedeném očkování – očkování dokončeno dne _____
- doklad o prodělaném onemocnění – první pozitivní test dne _____

V posledních 14 dnech jsem BYL /NEBYL v kontaktu s osobou, u které byl pozitivní PCR test na SARS-CoV-2.

Datum:.....

Podpis:.....