

COVID19 NYILATKOZAT

Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre az időpontját megelőző nap és lehetőség szerint hozzá magával kinyomtatva! **A kérdőív kitöltése feltétele a szalonba való belépésnek.**

Név:.....

1. Van-e láza, vagy volt-e láza az időpontját megelőző 14 napban? **igen / nem**
2. Az az időpontját megelőző 14 napban jelentkeztek-e légúti problémái, például köhögés vagy nehéz légzés? **igen / nem**
3. Ön átesett-e COVID-19 fertőzésen vagy került-e kapcsolatba olyan beteggel, akinek igazoltan COVID-19 fertőzése volt? **igen / nem**
4. Került-e kapcsolatba olyan emberekkel, akik az időpontját megelőző 14 nap során tapasztaltak lázat vagy légúti problémákat? **igen/nem**
5. Járt-e külföldön az időpontját megelőző 14 nap során? **igen/nem**

ország:.....

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Szolgáltatás dátuma:.....

.....
Aláírás

Ki nem veheti igénybe szolgáltatásainkat?

- aki az 1.-4. kérdés bármelyikére igennel válaszol,
- aki az 5. kérdésre igennel válaszol és nem tud felmutatni hatósági házi karantén alóli felmentésről szóló határozatot (két negatív PCR-teszt alapján igényelhető a területileg illetékes járványügyi hatóságnál)