

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. Vannak-e, vagy az időpontját megelőző 14 napban voltak-e gyanús tünetei, mint láz, köhögés, nehézlégzés, hirtelen szaglászvesztés és ízérzés hiánya? **igen / nem**
2. Került-e szoros kapcsolatba (15 percnél tovább 2m-en belül) az időpontját megelőző 14 nap során olyan emberrel, aki tapasztalt lázat, köhögést, nehézlégzést vagy hirtelen szaglászvesztést és ízérzés hiányát? **igen/nem**
3. Került-e szoros kapcsolatba (15 percnél tovább 2m-en belül) olyan beteggel, akinek igazoltan COVID-19 fertőzése volt? **igen / nem**

karantén vége:.....

PCR teszt készült-e? **igen /nem**

4. Ön átesett-e COVID-19 fertőzésen? **igen / nem**

karantén vége:.....

PCR teszt készült-e? **igen /nem**

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

Szolgáltatás dátuma:.....

.....

Aláírás

Korlátozások

- Aki az 1-2. kérdés bármelyikére igennel válaszol nem veheti igénybe szolgáltatásainkat.
- Aki a 3-4. kérdésre igennel válaszol annak a karantén megszűnését követő 30 napon túl biztosítunk időpontot. Kivéve, ha rendelkezik a karantén végét követően készült negatív PCR teszttel és azután nem került ismét szoros kapcsolatba igazolt fertőzöttel.