

Έντυπο ιατρικού ιστορικού ενήλικου προσωπικού για την ασφαλή είσοδο στην κατασκήνωση

Ημερομηνία: ...../...../.....

Όνοματεπώνυμο Ενηλίκου: .....

Στοιχεία επικοινωνίας: e-mail.....

Κινητό τηλέφωνο: .....

1. Έχετε νοσήσει από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ' οίκον);

ΝΑΙ  ΟΧΙ

2. Είχατε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη τις τελευταίες 14 ημέρες;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

- |                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| • Πυρετό                | • Βήχα           |
| • Αίσθημα κόπωσης       | • Μυαλγίες       |
| • Δυσκολία στην αναπνοή | • Πόνο στο λαιμό |
| • Πονοκέφαλο            | • Διάρροια       |

3. Έχετε έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 ημέρες;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

4. Έχετε ταξιδέψει τις προηγούμενες 4 εβδομάδες στο εξωτερικό;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Ο/Η Δηλ.....

.....  
(Υπογραφή)