

# COVID-19 TERVISEDEKLARATSIOON PATSIENDILE VÕI SAATJALE

## PATSIENT

Ees- ja perekonnanimi.....

Isikukood.....

## SAATJA

Ees ja perekonnanimi.....

Isikukood.....

**1. Kas Teie või keegi Teie leibkonnast on viimase 10 päeva jooksul kokku puutunud COVID-19 haigega.**

Jah  millal ..... EI

**2. Kas Teil esineb vähemalt üks all toodud haigussümptomitest?**

Jah  EI

- palavik üle 37,8 °C
- köha
- kurguvalu
- hingamisraskused, õhupuudus
- maitse- ja lõhnatundlikkuse kadu
- lihasvalu
- nõrkus
- kõhulahtisus

**3. Kas Teil on varasemalt tehtud COVID-19 test, mille vastus oli POSITIIVNE?**

Jah  millal ..... EI

**4. Kas olete täielikult vaksineeritud vastavalt skeemile:** Pfizer/BioNTech COMIRNATY – 7 päeva pärast teist vaktsiinidoosi manustamist; Moderna – 14 päeva pärast teist vaktsiinidoosi manustamist; AstraZeneca VAXZEVRIA – 15 päeva pärast teist vaktsiinidoosi manustamist; COVID-19 Vaccine Janssen – 14 päeva pärast vaktsiinidoosi manustamist.

Jah  EI

.....  
/allkiri/

.....  
/kuupäev/