



DOTAZNÍK KE ZDRAVOTNÍMU STAVU PŘED VSTUPEM NA PROCEDURY

k vytištění a vyplnění, předejte při příchodu do wellness studia

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DATUM NAROZENÍ.....

A POKUD JSTE V POSLEDNÍCH 14 DNECH JSEM U SEBE POZOROVAL/A NĚKTERÉ TYTO PŘÍZNAKY ZAŠKRTNĚTE KŘÍŽKEM ANO , V OPAČNÉM PŘÍPADĚ ZAŠKRTNĚTE NE		
	ANO	NE
TEPLOTA 37,5°C A VÍCE		
KAŠEL NEBO DUŠNOST		
ZIMNICE NEBO TŘESAVKA		
ZTRÁTA ČICHU/ CHUTI		
VYSOKÁ BEZDŮVODNÁ ÚNAVA		
BOLEST HLAVY		
POCIT NA ZVRACENÍ/PRŮJEM		
VÝRAZNÉ DLOUHODOBÉ SUCHO NEBO BOLEST V KRKU		
RÝMA, UCPANÉ DÝCHACÍ CESTY		
BOLEST SVALŮ, KLOUBŮ		

B V POSLEDNÍCH 14 DNECH	ANO	NE
JSEM BYL/A V KONTAKTU S OSOBOU PROKAZATELNĚ COVID – 19 POZITIVNÍ		
JSEM BYL/A V KONTAKTU S OSOBOU V KARANTÉNĚ PRO PODEZŘENÍ NA COVID – 19		
JSEM BYL/A V KONTAKTU S OSOBOU S PŘÍZNAKY AKUTNÍHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ		
JSEM BYL/A BYŤ JEDINÝ DEN V KARANTÉNĚ PRO PODEZŘENÍ Z ONEMOCNĚNÍ COVID-19		
JSEM BYL/A POZITIVNĚ TESTOVÁNA NA COVID-19		

ČESTNĚ PROHLAŠUJI, ŽE

- výše uvedené informace jsem vyplnil/a pravdivě
- si nejsem vědom/a rizika možného ohrožení dalších osob v mé přítomnosti
- nemám podezření na COVID-19 u mé osoby
- nemám podezření na COVID-19 u osob, se kterými jsem v průběhu posledních 14 dnů byl/a ve styku
- jsem si plně vědom/a právních následků nepravdivých údajů v dotazníku a čestném prohlášení
- v případě, že by toto prohlášení nebylo pravdivé a stvrzuji svým podpisem

v O'WELL wellness v hotelu Golf

v Praze dne.....

podpis návštěvníka.....

