|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Namn |  | | |
| Personnummer |  | | |
| 1. Har du haft konstaterad eller misstänkt COVID-19?  Om Ja Datum: | | Ja | Nej |
| 2. Har du de senaste 14 dagarna haft feber och/eller förkylnings-, hosta, halsont, led-/muskelvärk, huvudvärk, magbesvär med diarréer? | |  |  |
| 2a. Om Ja på fråga 2:  Har det gått mer än 7 dagar sedan du insjuknade i symtom enligt ovan?  Har det ej gått mer än 7 dagar vistas du ej i lokalen! | |  |  |
| 2b. Om Ja på fråga 2:  Har du varit feberfri och känt dig frisk de senaste 48 timmarna?  Har du ej känt dig frisk de senaste 48 timmarna vistas du ej i lokalen! | |  |  |
| 3. Känner du dig idag helt frisk?  Om du ej känner dig frisk vistas du ej i lokalen! | |  |  |

Hälsodeklaration som ska följas av alla inför varje vistelse i lokalen.

Jag förstår vikten av att ovanstående frågor besvaras sanningsenligt och noggrant. Att undanhålla information enligt ovan kan medföra risk för annan att drabbas av COVID-19 som klassas som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen. Folkhälsomyndighetens rekommendationer ska därmed ses som skyldighet och det är brottsligt och straffbart att medvetet utsätta någon för risk att smittas.

|  |
| --- |
|  |

Jag har läst och förstått frågorna och texten ovan JA

|  |
| --- |
|  |

Jag har svarat sanningsenligt på frågorna JA

|  |
| --- |
| Namnunderskrift: |
| Ort och datum: |