

Datum:

Tijdstip:

Tafel:

# Checklist

Had u een of meerdere van deze klachten in de afgelopen 24 uur?



Niezen

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hoesten

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



>38°C Koorts

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Benaauwdheid

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Heeft u op dit moment een huisgenoot met koorts en/of benauwdheidsklachten?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Heeft u het coronavirus gehad en is dit de afgelopen 7 dagen vastgesteld door het lab?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Heeft u een huisgenoot met vertoningen van het coronavirus en heeft u afgelopen 14 dagen contact met hem/haar gehad?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Betreft uw bezoek aan ons: bestaat de groep uit één en hetzelfde huishouden?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voornaam ..... Achternaam .....

Telefoon ..... Mailadres .....

Ondergetekende heeft deze checklist naar waarheid ingevuld. Datum ..... Paraaf .....