



COVID - 19 Prehlásenie

Covid - 19 SELF REPORTING

Meno (Name):..... **Priezvisko** (Last name):

Adresa(Address)

Ulica (Street) :..... **Číslo** (Number):.....

Mesto (City): **PSČ** (ZIP code):

Štát (state):

Dátum narodenia (Date of Birth):

Email:

Telefón (phone):

Adresa ubytovania (Address of accommodation)

.....

Mám klinické príznaky infekčného respiračného ochorenia

(I have clinical symptoms of respiratory disease) Áno/ Yes Nie / No

Prekonal som ochorenie Covid 19 (I had already Covid 19) Áno/ Yes Nie / No

V posledných 7 dňoch som sa stretol s Covid 19 pozitívnym človekom
(I have been in contact with Covid 19 positive person in last 7 days) Áno/ Yes Nie / No

*Mal som príznaky prechladnutia (Kašeľ, nádcha, bolesti hrdla, ťažkosti s
Dýchaním, strata čuchu a chuti) za posledných 14 dní*

Have you had any cold symptoms (cough, runny nose, sore throat, difficult
breathing, loss of taste or smell) during the last 14 days? Áno/ Yes Nie / No

Mal som nasledujúce symptómy za posledných 14 dní:

Have you had any of the following symptoms during the last 14 days:

Horúčka / Fever – Áno/ Yes Nie / No

Bolesti hrudníka / Chest pain – Áno/ Yes Nie / No

Bolesti hlavy / Headache – Áno/ Yes Nie / No

Nevoľnosť / zvracanie / Nausea/vomiting – Áno/ Yes Nie / No

Hnačka / Diarrhea - Áno/ Yes Nie / No

Bol som v kontakte s pozitívne testovanou osobou na Covid 19

Have you been in contact with someone with a proven infection with Covid19

Áno/ Yes

Nie / No

Bol som v karanténe za posledných 14 dní

Have you been in quarantine during the last 14 days

Áno/ Yes

Nie / No

Bol som za posledných 14 dní pozitívne testovaný PCR testom na Covid 19

Have you tested positive to the PCR test Covid 19 during the last 14 days

Áno/ Yes

Nie / No

Dodržujte všetky protipandemické opatrenie proti šíreniu ochorenia Covid 19.

(Strictly followall anti – covid measurements)

Dátum / Date :

Podpis / Signature: