



ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΩΝ ΜΜΕ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____

Έχετε νοσήσει από COVID-19 (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή στο σπίτι);

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

**Είχατε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα τις τελευταίες 14 ημέρες;
πυρετό, βήχα, αίσθημα κόπωσης, μυαλγίες / αρθραλγίες (πόνο στους μύς και στις αρθρώσεις)**

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Έχετε έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 ημέρες;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΔΟΘΕΙ ΣΤΟΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΣΤΟ ΓΗΠΕΔΟ