

KOCKÁZATSZŰRŐ KÉRDŐÍV

1. Jelentkezett-e Önnél az elmúlt három nap során *újonnan* kialakult tünetek bármelyike?

- | | |
|---|-------------|
| – láz vagy hőemelkedés | igen* – nem |
| – fejfájás, rossz közérzet, gyengeség, izomfájdalom | igen* – nem |
| – száraz köhögés, nehézlégzés, légszomj, szapora légvétel | igen* – nem |
| – torokfájás | igen* – nem |
| – émelygés, hányás, hasmenés | igen* – nem |
| – újonnan kialakult íz érzés- vagy szaglászavar | igen* – nem |

2. Érintkezett-e az elmúlt 14 napban igazolt COVID-19 fertőzött személlyel?

igen* – nem

3. Érintkezett-e az elmúlt 14 napban olyan személlyel, akit hatósági házi karantén alá vontak koronavírus fertőzés gyanúja miatt?

igen* – nem

4. Járt-e Ön, vagy Önnel egy háztartásban élő személy 14 napon belül külföldön, vagy fogadott- e külföldről érkezettvendéget?

igen* – nem

5. Érintkezett-e az elmúlt 14 napban olyan személlyel, aki észlelte magán a COVID-19 fertőzésre jellemző tüneteket (láz, köhögés, légszomj, izomfájdalom újonnan kialakult ízérzés- vagy szaglászavar)?

igen* – nem

*Bármely kérdésre adott igenlő válasz esetén a képzésben résztvevő nem léphet be az UIH képzésének helyszínére! Ezen képzésben résztvevő esetében a PCR vizsgálat végzése indokolt!

A koronavírus fertőzés terjedésének megfékezése érdekében **a következő nyilatkozatot teszem**: Az Craniosacralis terápia 1 képzés ideje alatt, a képzési helyszínen érvényes eljárásrendet magamra nézve kötelező érvényűnek tekintem.

Kelt:

Név (olvashatóan):

Aláírás: