



BLOMDAHL[®]
medical beauty

Helseerklæring i forbindelse med Covid-19

Navn:	
Dato:	

	Ja	Nei
1) Har du hatt feber de siste 7 dagene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Har du vært forkjølet eller hatt problemer med pusten de siste 7 dagene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Har du de siste 2 ukene hatt kontakt med noen som har hatt mistanke om at de kan være smittet av Covid-19 eller hatt fått bekreftet at de har Covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Føler du deg frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg bekrefter at informasjonen ovenfor er korrekt.

Dato:

Signatur: