**COVID-19 INDIVIDUAALNE TERVISEDEKLARATSIOON**

**Täidetud ankeedis avaldatud terviseandmete kasutamise eesmärgiks on välistada nakatunud või nakatunutega kokku puutunud isikute poolt COVID-19 viiruse edasi kandmist Kaitseväes**

Ees- ja perekonnanimi ……….……………………………………………………………………………………………………..

ID kood ……………………………………………………………………………………………………………….

Email/ telefoninumber ……………………………………………………………………………………………………………….

1. **Kas Teie või keegi Teie leibkonnast on viimase 14 päeva jooksul kokku puutunud COVID-19 haigega?**

 JAH ⃝ millal ……………………………………………… EI ⃝

2. **Kas Teil esineb vähemalt üks all toodud haigussümptomitest?**

JAH ⃝ palavik üle 37,5 C° EI ⃝

JAH ⃝ köha EI ⃝

JAH ⃝ kurguvalu EI ⃝

JAH ⃝ hingamisraskused, õhupuudus EI ⃝

JAH ⃝ maitse- ja lõhnatundlikkuse kadu EI ⃝

JAH ⃝ lihasvalu EI ⃝

JAH ⃝ väsimus EI ⃝

3. **Kas olete viimase kuue kuu jooksul põdenud COVID-19 ning tunnistatud arsti poolt tervenenuks või olete vaktsineeritud COVID-19 vastu?**

 JAH ⃝ millal ……………………………………………… EI ⃝

……………………………………. ……………………….2021

 /allkiri/ /kuupäev/

*Andmed hävitatakse/kustutatakse kui nende edasiseks töötlemiseks puudub alus, kuid mitte hiljem, kui 30 päeva peale täidetud deklaratsiooni esitamist*