

2020-10-01

# **Checklista symtomkontroll för besökare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Om DU som besökare svarar ja på någon av nedanstående frågor får inte besöket genomföras.**  |  |  |
|  | **JA** | **NEJ** |
| Har du symtom såsom feber, hosta, snuva, halsont, huvudvärk, muskelvärk eller försämrat lukt- och smaksinne? |  |  |
| Har du träffat någon med symtom som ovan? |  |  |
| Har du träffat någon som fått symtom efter att ni träffats? |  |  |
| Har du de senaste 14 dagarna varit i kontakt med någon person med bekräftad covid-19 |  |  |
|  |  |  |