

REGISTRERINGSSKJEMA FOR BESØKENDE TIL KLINIKKEN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATO** | **TID** | **NAVN** | **TELEFON** | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **BESSØKETS HENSIKT 🡺** | |  | **JA** | **NEI** |  |
| Har du symptomer forenelig med influensa eller Covid-19? | | |  |  |  |
| Har noen i husstanden symptomer forenelig med influensa eller Covid-19? | | |  |  |  |
| Er noen i husstanden i karantene eller isolasjon? | | |  |  |  |
| Har du vært i utlandet innenfor de siste 10 dagene? | | |  |  |  |
| Har du vært i kontakt med personer som har testet positivt på Covid-19 innenfor de siste 10 dagene? | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  | |  |

Dersom du svarer ja på et av spørsmålene ovenfor har du ikke adgang til klinikken. Ring klinikkens telefon: for nærmere informasjon eller beskjed.  
  
Dersom det etter besøket viser seg at du kan ha risiko for å ha blitt smittet blir du kontaktet.

De leverte opplysningene behandles i henhold til personvernreglene og destrueres etter 2 uker.

**Kvittering til besøkende**

Du besøkte <NAVN KLINIKK> den:  
   
Dersom du opplever symptomer på Covid-19 eller tester positivt på dette innenfor de neste 5 dagene, **skal** du ta kontakt med klinikken   
  
på telefon: - eller e-post: