



# Checklist

Had u een of meerdere van deze klachten in de afgelopen 24 uur?

|                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <br>Niezen                                               | <br>Hoesten                                              | <br>>38°C Koorts                                         | <br>Benauwdheid                                          |
| JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> |

|                                                                                 |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Heeft u op dit moment een huisgenoot met koorts en/of benauwdheidsklachten? | <br>Heeft u het coronavirus gehad en is dit de afgelopen 7 dagen vastgesteld door het lab? |
| JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>                        | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>                                   |

|                                                                                                                          |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Heeft u een huisgenoot met vertoningen van het coronavirus en heeft u afgelopen 14 dagen contact met hem/haar gehad? | <br>Betreft uw bezoek aan ons: bestaat de groep uit één en hetzelfde huishouden? |
| JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>                                                                 | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>                         |

**Naam:**.....

**Telefoonnummer:**.....

**Handtekening:**.....



# Checklist

Had u een of meerdere van deze klachten in de afgelopen 24 uur?

|                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <br>Niezen                                               | <br>Hoesten                                              | <br>>38°C Koorts                                         | <br>Benauwdheid                                          |
| JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> |

|                                                                                 |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Heeft u op dit moment een huisgenoot met koorts en/of benauwdheidsklachten? | <br>Heeft u het coronavirus gehad en is dit de afgelopen 7 dagen vastgesteld door het lab? |
| JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>                        | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>                                   |

|                                                                                                                          |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Heeft u een huisgenoot met vertoningen van het coronavirus en heeft u afgelopen 14 dagen contact met hem/haar gehad? | <br>Betreft uw bezoek aan ons: bestaat de groep uit één en hetzelfde huishouden? |
| JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>                                                                 | JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/>                         |

**Naam:**.....

**Telefoonnummer:**.....

**Handtekening:**.....

