**Sjekkliste/egenerklæring for Covid-19**

Navn:

Fødselsdato:

Dato utfylt skjema :

Mobilnummer:

**Spørsmål – sett ring rundt svaret:**

**1)Har du vært utenfor Norge i løpet av de siste 10 dagene? Hvis ja, spesifiser hvilket land.**  
  
JA NEI

**2)Har du vært i nærkontakt med en person som har bekreftet syk med covid-19 de siste 10 dagene og/eller er du i karantene/ventekarantene?**

JA NEI

**3) Har du eller har du hatt feber de siste 10 dagene?**

JA NEI

**4) Har du eller har du hatt nyoppstått tungpust de siste 10 dagene?**

JA NEI

**5) Har du nyoppstått hoste de siste 10 dagene?**

JA NEI

**6) Har du hatt andre symptomer på luftveisinfeksjon de siste 10 dagene(rennende nese, sår hals)?**

JA NEI

**7) Har du smerter i magen (eventuelt kvalme/oppkast/brekninger)?**

JA NEI

**8) Har du mistet eller nedsatt smaks- eller luktesans?**

JA NEI

**Checklist / self-declaration for Covid-19**

Name:

Date of birth:

Date of signing the form:

Phone number/Email:

**Question – circle the appropriate answer:**

**1)** **Have you been outside Norway during the last 10 days? If so, specify which country?**  
  
YES NO

**2)** **Have you been in close contact with a person who has confirmed illness with covid-19 in the last 10 days and / or are you in quarantine / waiting quarantine?**

YES NO

**3) Have you had or have you had a fever in the last 10 days?**

YES NO

**4) Have you or have you had a new shortness of breath in the last 10 days?**

YES NO

**5) Have you had a new cough in the last 10 days?**

YES NO

**6) Have you had other symptoms of respiratory infection in the last 10 days (runny nose, sore throat)?**

YES NO

**7) Do you have stomach pain (possibly nausea / vomiting / vomiting)?**

YES NO

**8) Have you lost or reduced your sense of taste or smell?**

YES NO