

Έντυπο ιατρικού ιστορικού αθλούμενου/ης και τεχνικού προσωπικού για την ασφαλή επιστροφή στην αθλητική δραστηριότητα

Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο:

Στοιχεία επικοινωνίας: e-mail.....

Κινητό τηλέφωνο:

1. Έχετε νοσήσει από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ'οίκον);

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Είχατε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη τις τελευταίες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- πυρετό
- βήχα
- αίσθημα κόπωσης
- μυαλγίες

3. Έχετε έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο/Η Δηλ.....

.....
(Υπογραφή)