**Selfreporting formulář pro onemocnění COVID-19**

Screeningový dotazník pro osoby vstupující do vnitřního prostoru Městského kulturního zařízení Šternberk, Masarykova 307/20 785 01 Šternberk, za účelem účasti/realizace soutěže konané dne 17. 4. 2021. Formulář je zpracován na základě stanovení závazných hygienicko-protiepidemických opatření pro konání významných sportovních akcí dle vládního krizového opatření (Č. j.: MZDR 8888/2021-2/OVZ). **Bez vyplněného formuláře nebude umožněn vstup osobám do výše uvedených prostor**.

Příjmení:………………………………………..

Jméno:………………………………………….

Datum narození: … . … . ……………………...

Adresa:…………………………………………

**Základní hygienicko-protiepidemická charakteristika**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vědomý kontakt s osobou pozitivní na SARS-CoV-2 v uplynulých 14 dnech | ANO | Ne |
| Pozitivní výsledek testu RT-PCR na SARS-CoV-2? (dříve) | ANO  Kdy? | Ne |
| Přítomnost příznaků typických pro onemocnění COVID-19[[1]](#footnote-1) v posledních 14 dnech | ANO | Ne |

**Recentní hygienicko-protiepidemická charakteristika (vyplňuje lékař/pověřená osoba)**

|  |  |
| --- | --- |
| Naměřená tělesná teplota při vstupu do výše uvedených prostor dne 17. 4. 2021 | °C |
| Údaje o absolvování testu potřebného k účasti/organizaci této akce na identifikaci viru SARS-CoV-2 metodou RT-PCR (**antigenní testy nejsou pro tuto akci relevantní, proto pro vpuštění nestačí!**) | Test proveden dne: ………………………….  S výsledkem:  Negativní - Pozitivní |

**Rozhodnutí lékaře/pověřené osoby o povolení vstupu posuzované osoby do výše uvedeného areálu**

Posuzovaná osoba **splňuje - nesplňuje** podmínky vstupu do výše uvedených prostor.

**Posuzovaná osoba svým vlastnoručním podpisem dává souhlas se zpracováním osobních údajů pořadatelem (Spolek TK TREND OSTRAVA,. a Český svaz tanečního sportu, z.s.) pro účely soutěže a souvisejících činností a k archivaci těchto údajů pro případ nutné kontroly orgány ochrany veřejného zdraví.**

Datum: 17. 4. 2021 Podpis posuzované osoby…………...……………………………

Podpis zákonného zástupce posuzované osoby ………………….

Podpis lékaře/pověřené osoby……………………………………

1. Mezi typické příznaky onemocnění COVID-19 patří: zvýšená teplota/horečka, kašel, zvýšená únava bez zjevné příčiny (bez spojitosti se zvýšenou fyzikou aktivitou), dušnost, bolesti hlavy, bolesti krku, bolesti svalů a kloubů, třesavka, ztráta čichu, ztráta chuti, pocit na zvracení, ucpání nosu, průjem, vykašlávání krve, překrvené spojivky [↑](#footnote-ref-1)