

Hälsoundersökning

SKA GÖRAS SAMMA DAG SOM TÄVLINGEN

Ska fyllas i av läkare eller legitimerad sjuksköterska

Namn på tävlande: _____

Personnummer: _____

| Örontemperatur | Hö | Vä |
|------------------------|----|----|
| Andningsfrekvens/minut | | |
| SaO2 % | | |

Vid något av: ☒

- Feber, 38 C eller mer
- Andningsfrekvens 25/minut eller mer
- SaO2 95 % eller mindre

Ska idrottare EJ godkännas för tävling

Genomgång av inlämnad Hälsodeklaration:

Vid konstaterad eller misstänkt COVID-19 inom 14 dagar samt vid "ja" på någon av de andra symtomfrågorna gäller:

Feberfrihet och återställt allmäntillstånd i 48h och minst 7 dagar sedan insjuknande för att vara godkänd för tävling.

Tävlande enligt ovan godkänd för tävling JA NEJ

Ort och datum

Namn/yrkestitel

Telefonnummer

Signatur