



Registratie- en vragenlijst

Voor beroepsbeoefenaars in de massage en sportverzorging

Volledige naam:

Datum:

E-mailadres:

Telefoonnummer:

Handtekening toestemming:

.....

.....

.....

.....

.....

Heeft u in de afgelopen 24 uur één van onderstaande klachten gehad?

Hoesten : JA/NEE

Neusverkouden : JA/NEE

Koorts vanaf 38-graden : JA/NEE

Benauwdheidsklachten : JA/NEE

Heeft u op dit moment een huisgenoot/gezinslid met (één van) bovenstaande klachten? JA/NEE

Heeft u een huisgenoot/gezinslid welke positief getest is op COVID-19? En heeft u de afgelopen 14 dagen contact met deze persoon gehad? JA/NEE

Bent u de afgelopen 7 dagen positief getest op COVID-19? JA/NEE

Bent u in de afgelopen maand in het buitenland geweest? JA/NEE

Heeft u gezondheidsklachten zoals diabetes, hartziekten, longaandoeningen? JA/NEE

Ontspan en geniet van uw behandeling