**Форма анкеты о здоровье туриста/посетителя**

*(заполняется при регистрации/посадке туриста/посетителя в рейс)*

**Наименование судна** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО туриста/посетителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Температура тела\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(результат измерения при входе на судно)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Имеются ли у Вас какие-либо из следующих симптомов? |
|  | Сухой кашель | Да | Нет |
|  | Одышка | Да | Нет |
|  | Боль в горле | Да | Нет |
|  | Насморк | Да | Нет |
|  | Потеря обоняния и вкуса | Да | Нет |
|  | Боль в груди | Да | Нет |
|  | Диарея, тошнота, рвота | Да | Нет |
|  | Учащенное сердцебиение | Да | Нет |
|  | Утомляемость | Да | Нет |
|  | Иное (перечислите)  |
| 2. | В каких регионах Вы находились в течение последних 14 дней (перечислите) |
| 3. | Был ли у Вас контакт с лицом, у которого подтвержден COVID-19 в течение последних 14 дней? | Да | Нет |
| 4. | Обращались ли Вы в лечебное учреждение в течение последних 14 дней? | Да | Нет |
|  | Если да, укажите причины: |
| 5. **Заявление: настоящим подтверждаю, что предоставленная мною информация является достоверной и правильной**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |