

Screeningskjema for  
ansatte i eksterne  
firma

Navn

Dato: \_\_\_\_\_

|  |  | NEI<br>○ | JA<br>✓ |
|--|--|----------|---------|
| Har du gjennomgått COVID-19 i de siste 6 måneder?          |  |          |         |
| Er det mistanke om COVID-19 eller er du i karantene?       |  |          |         |
|  | ➤ Har du vært i et område med mye smitte?                                |          |         |
|  | ➤ Har du vært utenfor Norge de siste 10 dager?<br>(Besvares bare 1. dag) |          |         |
|  | ➤ Nærkontakt med person med påvist Covid-19 smitte?                      |          |         |
|  | ➤ Annet? Spesifiser:   |          |         |
|  |  |          |         |
| Har du/ har hatt symptomer på luftveisinfeksjon siste uka? |  |          |         |
|  | ➤ Føler du deg forkjølet?  |          |         |
|  | ➤ Har du/har du hatt feber?  |          |         |
|  | ➤ Har du/har du hatt hoste?  |          |         |
|  | ➤ Har du/har du hatt tungpust?   |          |         |