

全ベルギー剣道連盟

ALL BELGIUM KENDŌ FEDERATION

VRAGENLIJST

Formulier verplicht te overhandigen aan de organisator van het evenement

Naam / Voornaam:

Adres:

N° vergunning:

N° tel:

Club:

e-mail:

1. Heeft U actueel of had U in de voorbije dagen één of verschillende van volgende symptomen op onverklaarbare wijze ?

BELANGRIJKE SYMPTOMEN

- | | |
|--|-----------|
| <input type="radio"/> Koorts (gemeten temperatuur >38°C) | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Droge hoest | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Moeite tot ademhaling
of hoge ademhalingsfrequentie (>20/min) | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Anosmie (verlies van reukvermogen) | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Ageusie (verlies van smaakvermogen) | Ja - Neen |

SECUNDAIRE SYMPTOMEN

- | | |
|---|-----------|
| <input type="radio"/> Keelpijn | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Rhinorrhée (« lopende neus ») | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Pijn in de borstkas | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Myalgies (« spierpijn, spierzwakte ») | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Wijziging van algemeen welzijn of
algemene vermoeidheid | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Verwardheid
(« ideeën die zich vermengen », désoriëntatie) | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Hoofdpijn | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Diarree | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Misselijkheid en/of braken | Ja - Neen |
| <input type="radio"/> Huiduitslag of bevriezing/kloven aan de vingers
Of handen | Ja - Neen |

2. Was U in nauw contact (oog in oog, op minder dan 1m en/of gedurende meer dan 15 minuten, zonder mondmasker zowel voor U als voor het contact) met een persoon effectief positief ondervonden aan COVID in de voorbije 14 dagen? Ja - Neen

Medische Staff ABKF - Dr. Marc Namèche

Dit document is STRIKT CONFIDENTIEEL en mag in geen enkel geval worden verspreid zonder de schriftelijke toelating van de huidige ondertekenende.

Datum en Handtekening