

BESTÄLLNINGSFÖRMULÄR MED FRÅGOR FÖR TEST AV ANTIKROPPAR MOT COVID-19

Beställande chef:	Kontaktuppgifter tel:
Avdelning/arbetsplats:	E-postadress:

Namn på medarbetare	
Personnummer	
Kontaktuppgifter (tfn och mail)	
Medarbetares yrke	

VILKA SYMTOM HAR MEDARBETAREN HAFT (markera med kryss framför)

	Snuva
	Halsont
	Huvudvärk
	Hosta
	Nedsatt lukt- och smaksinne
	Feber
Övriga symtom:	

DET HAR GÅTT MINST 2 VECKOR SEDAN SYMTOMDEBUT

	Ja
	Nej

MEDARBETAREN ÄR FRISK/ARBETSFÖR

	Ja
	Nej

SAMTYCKE

Härmed ger jag mitt samtycke till att Pe3 får meddela kontaktpersonen samt min chef om resultatet av test Covid-19

Ort och datum	Namnteckning

GLÖM INTE TA MED DIG LEGITIMATION TILL BESÖKET