

Ziyaretçi & Hizmet Sunucu Kayıt Formu
(Binaya girenler için)

Dış Ziyaretçi veya Hizmet Sunucu tarafından doldurulmalı:


Teşhis:

Ziyaret Maksadı: Ziyaret Hizmet Verme

Muhatap: Siempelkamp- Şirketi:

İsim: Şirket:

Anket:

No.	Soru	Evet	Hayır
1	<p>Son 14 gün içerisinde Robert Koch Enstitüsü tarafından risk alanı olarak sınıflandırılan bir bölgede bulundunuz mu?</p>  <p>Burada Robert Koch Enstitüsü tarafından tanımlanan mevcut risk bölgelerini bulabilirsiniz</p> <p>Evet ise: Gidiş Tarihi: ___ / ___ / 2020 Dönüş Tarihi: ___ / ___ / 2020</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<p>Son 14 gün içerisinde başka bir ülke veya bölgede bulundunuz mu?</p> <p>Evet ise: Neredeydiniz: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<p>Son 14 gün içerisinde Covid-19 testinin pozitif çıktığı bir kişiyle temas halinde oldunuz mu?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<p>Son 14 gün içerisinde şüpheli bir vaka (Covid-19 ile ilgili) nedeniyle şu anda karantinada olan bir kişiyle temasta bulundunuz mu?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<p>Şu anda veya son 14 gün içerisinde kendinizde aşağıda belirtilen semptomlardan birisi veya daha fazlası oldu mu?</p> <p>Ateş, Öksürük, İshal, Boğaz ağrısı, Nefes Darlığı</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Corona bilgi formu'nu aldığımı ve burada açıklanan kurallara uyacağımı onaylıyorum.

X.....

Tarih ve İmza

Siempelkamp Personeli tarafından doldurulmalı (talimatı veren):

Kayıt Tarihi: / / 2020 Saat: :

Anketi kontrol ettiğimi (yalnızca tüm soruların HAYIR ile yanıtlanması durumunda giriş izni verilmektedir*) ve Corona davranış kuralları bilgi formunu verdiğimi onaylıyorum.

.....
İsim

.....
İmza

*Soruların biri EVET ile yanıtlanması durumunda giriş izni reddedilmelidir.