



**TÜRKİYE**  
**WUSHU KUNG FU**  
**FEDERASYONU**

## COVID-19 SAĞLIK ANKET FORMU

ADI SOYADI : \_\_\_\_\_

TC NO : \_\_\_\_\_

BÖLGESİ ve KULÜBÜ: \_\_\_\_\_

SPORCU  HAKEM  ANTRENÖR  DİĞER

KATEGORİ / YAŞI : \_\_\_\_\_ BRANŞI : \_\_\_\_\_

E-POSTA : \_\_\_\_\_ TELEFON : \_\_\_\_\_

HES KODU :     -     -

COVID -19 / PCR TEST SONUCU  POZİTİF  NEGATİF

MÜSABAKA SAĞLIK EKİBİ ONAYI  
MÜHÜR - İMZA

**Not: Covid-19 aşısı yaptırdınız ise e-nabız çıktısını ibraz ediniz.**

**Son 14 gün içinde aşağıda ki belirtilerden herhangi birini yaşadınız mı?**

	HAYIR	EVET
Vücut sıcaklığı - Ateşiniz 37,50 C veya daha yüksek olması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuru öksürük	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Burun tıkanıklığı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boğaz ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nefes alma zorluğu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baş ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konjunktivit - göz iltahaplanması-pembe göz enfeksiyonu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kas ağrıları veya vücutta ağrılar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İshal ve kusma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tat ve/veya koku kaybı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedeni bilinmeyen yorgunluk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deride kızarıklık yada el veya ayak parmaklarında renk değişimi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Son 14 gün içinde COVID-19 virüsü ile enfekte olmuş bir kişi ile kapalı bir alanda temasınız oldu mu (24 saatlik bir süre içinde 1,5 metre mesafe içinde kümülatif olarak 15 dakika veya daha fazla süre)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**COVID-19 testimin pozitif olması durumunda müsabakalara katılmayacağımı, en yakın sağlık kuruluşuna başvuracağımı ve Sağlık Bakanlığı'nın karantina kurallarına uyacağımı kabul ve taahhüt ederim.**