
	<h2 style="color: purple;">Screening Questionnaire for the visitors of the Dental Clinic</h2>	
	Document number based on ISO 45001:2018 : HSE.3.PP.2/G18 Updated: 24/09/2021	

Όνομα – Name:

Έχετε παρουσιάσει κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα κατά τις τελευταίες 5 ημέρες;	Τηλεφωνική επικοινωνία/ Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο		2ος έλεγχος στην Κλινική	
	/	/ 2021	/	/ 2021
1. Πυρετός	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
2. Δύσπνοια	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3. Βήχα ή φαρυγγαλγία (πονόλαιμο)	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
4. Κόπωση, κεφαλαλγία	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
5. Συμπτώματα γαστρεντερικού (ναυτία, έμετοι, διάρροιες)	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
6. Απώλεια γεύσης ή όσφρησης	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
7. Έχετε έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID19 τις τελευταίες 14 ημέρες;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

Have you had any of the following symptoms during the last 5 days?	Phone Conversation/Email		2 nd check at the Clinic	
	/	/ 2021	/	/ 2021
1. Fever	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Dyspnea	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Cough or Sore Throat	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Fatigue, Headache	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Gastrointestinal symptoms (nausea, vomiting, diarrhea)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Loss of taste or smell	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. Have you come into contact with a confirmed case of COVID19 the past 14 days?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>