



## COVID-19

Dato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykehuskode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Avdelingskode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pasient ID

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**1. Er du COVID-19 positiv I DAG?**

- Ja       Nei       Jeg vet ikke

**2. Har du blitt testet COVID-19 positivt den siste:**

- 0-3 måneder       3-6 måneder       6-12 måneder       > 1 år?       Aldrig

**3. Ble du innlagt på sykehus under COVID-19-infeksjonen?**

- Ja       Nei       Jeg vet ikke

**Takk!**