



FORM HEALTH DECLARATION QUESTIONNAIRE



PT BERLINA TBK - CIKARANG

Tanggal Kunjungan Date of Visit	: 13 - 07 - 2020	Nama Perusahaan Company's Name	:
Nama Pengunjung Visitor's Name	:	Jabatan Title/Position	:
Usia Age	:	Tujuan Kunjungan Purpose of Visit	: RUPST PT Berlina Tbk
Nomor Telepon Phone Number	:	Hasil Cek Temperatur Badan Body Temperature Check Result	:

Dear Guest

Untuk mencegah penyebaran virus COVID-19, kami meminta Anda untuk mengisi informasi di bawah ini dengan jujur. Pastikan Anda selalu menggunakan masker pribadi serta selalu membawa hand sanitizer Anda sendiri. Jika Anda memiliki gejala demam/flu (temperatur > 37.3°C), mohon untuk menjadwalkan ulang meeting untuk menjaga kesehatan kita semua .

To prevent the spread of COVID-19, we would like you to fill below information truthfully. Please always use face mask and carry your own hand sanitizers to protect yourself. If you experience fever/flu symptoms (temperatur > 37.3°C), please kindly take a rest and reschedule the meeting to keep us stay safe and healthy.

Pertanyaan Mohon isi pertanyaan dibawah ini
Questions Please fill this form

No	Pertanyaan/Question	Jawaban/Answer	
1.	Bagaimana kondisi kesehatan Anda saat ini ? What is your current health condition? Jika Anda merasa Tidak sehat, Apa penyebabnya ? If you are unfit/sick, what are the cause of it?	<input type="checkbox"/> Sehat/Fit	<input type="checkbox"/> Tidak Sehat/Unfit
		<input type="checkbox"/> Gejala Flu/Flu Symptoms <input type="checkbox"/> Batuk Kering/Dry Coughs <input type="checkbox"/> Demam/ Fever	<input type="checkbox"/> Flu <input type="checkbox"/> Batuk Berdahak/ Cough with phlegm <input type="checkbox"/> Lain-lain/ Others
2	Apakah ada kontak orang yang memiliki gejala batuk, flu, demam (>37.3°C) dalam 14 hari terakhir? Did you make any contact with person with symptoms of cough, flu, fever (>37.3°C) within last 14 days?	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
3	Apakah Anda pernah mengunjungi fasilitas kesehatan terkait kasus Covid-19 ? Have you ever visited healthcare facility related to Covid-19 case? Jika Ya, kenapa? If Yes, why ?	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes	<input type="checkbox"/> Tidak/ No

Dengan ini saya menjamin informasi yang sudah diberikan adalah benar dan dapat dipercaya
I certify that all the information above is true and reliable

Status (Accepted - Not Accepted)

Note :

Tanda Tangan dan Nama Terang
Signature and Full Name

Pengunjung - Visitor

Penanggung Jawab - Person In Charge

(.....)

(.....)