



FORM HEALTH DECLARATION QUESTIONNAIRE



PT BERLINA TBK - CIKARANG

Tanggal Kunjungan Date of Visit	: 20 - 01 - 2021	Nama Perusahaan Company's Name	:
Nama Pengunjung Visitor's Name	:	Jabatan Title/Position	:
Usia Age	:	Tujuan Kunjungan Purpose of Visit	: RUPS LB 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.	<p>Bagaimana kondisi kesehatan Anda saat ini What is your current health condition?</p> <p>Jika Anda merasa Tidak sehat, Apa penyebabnya ? If you are unfit/sick, what are the cause of it?</p>	<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	<p>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?</p>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes	<input type="checkbox"/> Tidak/ No
3	<p>Apakah Anda pernah mengunjungi fasilitas kesehatan terkait kasus Covid-19 ? Have you ever visited healthcare facility related to Covid-19 case?</p> <p>Jika Ya, kenapa? If Yes, why ?</p>	<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

(.....)

(.....)