

ANKIETA EPIDEMICZNA

Imię i Nazwisko

Data

Numer telefonu do kontaktu / E-mail.....

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) lub ktoś z Pana(i) domowników, za granicą lub w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak

Nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak

Nie

4. Czy Pan(i) lub ktoś z Pana(i) domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

Tak

Nie

5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak

Nie

6. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

Tak

Nie

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Oświadczam, że moja sytuacja zdrowotna (pod względem epidemicznym) nie uległa zmianie.

nr	Data	Czytelny podpis
1		
2		
3		

nr	Data	Czytelny podpis
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		