

ANKIETA dot. SARS CoV-2

IMIĘ I NAZWISKO:

Numer telefonu do kontaktu E-mail :

- 1) Czy Pan(i) lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

☐ Tak

☐ Nie

- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem 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? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

☐ Tak

☐ Nie

- 4) Czy występują u Pana(i) objawy?

☐ Gorączka powyżej 38°C

☐ Kaszel

☐ Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

.....
Data

.....
czytelny podpis