

Ankieta COVID-19

IMIĘ I NAZWISKO -

PESEL -

NR TELEFONU -

1. Czy występują u Ciebie objawy wskazujące na chorobę zakaźną takie jak :
katar, kaszel, podwyższona temperatura, trudności w oddychaniu lub bóle w klatce piersiowej
TAK **NIE**
2. Czy jesteś w trakcie odbywania obowiązkowej izolacji lub kwarantanny
TAK **NIE**
3. Czy zamieszkujesz z osobą która jest poddana obowiązkowej izolacji lub kwarantannie
TAK **NIE**
4. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miałeś /miałaś kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie,
zachorowanie lub skierowaną do izolacji
TAK **NIE**

.....
podpis