

# Ankieta stanu zdrowia

## Ocena ryzyka epidemiologicznego

Pani/Pana

Imię i nazwisko:

---

Dane kontaktowe

(telefon, e-mail):

---

Temperatura ciała

(wynik pomiaru):

---

1. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest osoba poddana kwarantannie?  Tak  Nie

2. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest potwierdzony przypadek COVID-19?  Tak  Nie

3. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana zakażenie wirusem SARS-CoV-2?  Tak  Nie

4. Czy obserwuje Pani/Pan u siebie któryś z wymienionych objawów?

gorączka (powyżej 38°C)  Tak  Nie

kaszel  Tak  Nie

duszność  Tak  Nie

problemy z oddychaniem  Tak  Nie

ból mięśni  Tak  Nie

zmęczenie  Tak  Nie

katar  Tak  Nie

ból gardła  Tak  Nie

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Data i godzina

---

Podpis

---