Nazwa placówki

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Imię i Nazwisko

PESEL

Numer telefonu do kontaktu E-mail

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

O Tak

O Nie

1. Czy występują u Pana(i) objawy?

O Gorączka powyżej 38°C

O Kaszel

O Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nr | Data | Czytelny podpis |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
|  |  |  |