**KWESTIONARIUSZ
oceny ryzyka epidemiologicznego
*Nazwa Zakładu***

*Szanowna Pani,
Szanowny Panie,*
Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia osób przebywających na terenie zakładu pracy Nazwa zakładu pracy, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Pani/Pana
Imię i nazwisko:

1. Czy został/a Pani/Pan lub osoba w Pani/Pana najbliższym otoczeniu **poddana kwarantannie**?
 Tak Nie
2. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?
 Tak Nie
3. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana przypadek **choroby COVID-19**?
 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 |
| biegunka |  Tak Nie |
| ból garda |  Tak Nie |

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Data i godzina Podpis