ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

DATA……………………………………………………………………………………….

IMIĘ I NAZWISKO………………………………………………………………………

NR TELEFONU…………………………………………………………………………..

1.Czy w ciągu ostatnich 7 dni wystąpiły u Pani/Pana

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GORĄCZKA |  | KASZEL |  |
| DUSZNOŚĆ |  | KATAR |  |

2.Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą o potwierdzonym zakażeniu Covid19?

|  |
| --- |
|  |

3. Czy w środowisku domowym u współmieszkańców wystąpiły w ciągu ostatnich 14 dni objawy infekcji z dróg oddechowych?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GORĄCZKA |  | KASZEL |  | |
| KATAR |  |  |  |  |

Podpis………………………………………………..

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

DATA……………………………………………………………………………………….

IMIĘ I NAZWISKO………………………………………………………………………

NR TELEFONU…………………………………………………………………………..

1.Czy w ciągu ostatnich 7 dni wystąpiły u Pani/Pana

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GORĄCZKA |  | KASZEL |  |
| DUSZNOŚĆ |  | KATAR |  |

2.Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą o potwierdzonym zakażeniu Covid19?

|  |
| --- |
|  |

3. Czy w środowisku domowym u współmieszkańców wystąpiły w ciągu ostatnich 14 dni objawy infekcji z dróg oddechowych?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GORĄCZKA |  | KASZEL |  | |
| KATAR |  |  |  |  |

Podpis………………………………………………..