**ANKIETA**

**SAMOOCENY STANU ZDROWIA**

**I ZAGROŻENIA ZAKAŻENIEM KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane osobowe: |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania/ pobytu |  |
| Numer telefonu kontaktowego |  |

|  |
| --- |
| **Czy miał/a Pan/i w ostatnich 14 dniach kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-COV-2?** |
| NIE |
| TAK |
| Jeśli TAK, to kiedy (proszę podać datę spotkania) |

|  |
| --- |
| **Czy w ostatnich 14 dniach przebywał/a Pan/i za granicą?** |
| NIE |
| TAK |
| Jeśli TAK, to kiedy Pan/i wrócił/a? (proszę podać datę powrotu do kraju) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u Pana/i następujące objawy:** | | | |
|  | Temperatura powyżej 38 stopni C | Kaszel | Duszność - trudności  w oddychaniu |
| NIE |  |  |  |
| TAK |  |  |  |
| Jeśli TAK, t od kiedy? (proszę podać datę wystąpienia objawów) |  |  |  |