

ANKIETA DLA ODWIEDZAJĄCYCH *

data

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr tel. kontaktowego:

Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiły u Pani/Pana:

- gorączka (temperatura powyżej 38°C) - tak / nie
- kaszel - tak / nie
- duszność/problemy z oddychaniem - tak / nie
- utrata węchu i smaku - tak / nie

Czy Pani/Pan w ciągu ostatnich 14 dni miała/miał bezpośredni kontakt z:

- osobą z rozpoznaną infekcją COVID-19 - tak / nie
- osobą podejrzaną o infekcję COVID-19 - tak / nie
- osobą będącą w izolacji/kwarantannie - tak / nie

Czy Pani/Pan jest po szczepieniu pełną dawką p/COVID-19: - tak / nie

Pomiar temperatury:

***Prosimy o uzupełnienie ankiety w sposób czytelny**

Podpis:

ANKIETA DLA ODWIEDZAJĄCYCH *

data

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr tel. kontaktowego:

Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiły u Pani/Pana:

- gorączka (temperatura powyżej 38°C) - tak / nie
- kaszel - tak / nie
- duszność/problemy z oddychaniem - tak / nie
- utrata węchu i smaku - tak / nie

Czy Pani/Pan w ciągu ostatnich 14 dni miała/miał bezpośredni kontakt z:

- osobą z rozpoznaną infekcją COVID-19 - tak / nie
- osobą podejrzaną o infekcję COVID-19 - tak / nie
- osobą będącą w izolacji/kwarantannie - tak / nie

Czy Pani/Pan jest po szczepieniu pełną dawką p/COVID-19: - tak / nie

Pomiar temperatury:

***Prosimy o uzupełnienie ankiety w sposób czytelny**

Podpis: