

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?

Tak / Nie

2. Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka powyżej 38°C

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

Poz.	Data	Czytelny podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		