

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

Numer telefonu:

PARAMETRY ŻYCIOWE

Temperatura:.....

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

1. Czy występują u Pana/Pani poniższe objawy?

Gorączka (>37,5°C)	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK
Kaszel (niezwiązany z chorobą przewlekłą)	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK
Skrócenie oddechu/trudności w oddychaniu	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK
Bóle mięśni	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK
Bóle głowy niezwiązane z inną przyczyną	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK
Zapalenie gardła	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK
Katar, nieżyt nosa	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK
Utrata węchu i/lub smaku	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK
Biegunka i/lub wymioty	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	TAK

2. Czy Pan/Pani chorował/-a na COVID-19?

 NIE TAK Jeśli tak, proszę podać datę dodatniego wyniku

3. Czy przebywa Pan/Pani na kwarantannie?

 NIE TAK

4. Czy Pan/Pani w ciągu ostatnich dwóch tygodni wrócił/-a z zagranicy?

 NIE TAK Jeśli tak, proszę podać miejsce pobytu

5. Czy ktoś z Pana/Pani współdomowników w ciągu ostatnich dwóch tygodni wrócił z zagranicy?

 NIE TAK Jeśli tak, proszę podać miejsce pobytu:

6. Czy upłynęły ponad 2 tygodnie od zakończenia cyklu szczepień przeciw COVID-19?

 NIE TAK Jeśli tak, proszę podać datę ostatniej szczepionki

7. Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpił kontakt wysokiego ryzyka z osobą chorą na COVID-19

(odległość mniejsza niż 2m, bez maski, przez co najmniej 15 min) NIE TAK

Data:

Podpis: