

Załącznik nr 5

ANKIETA COVID-19

IMIĘ i NAZWISKO:.....

NR TELEFONU:.....

1) Czy dzisiaj lub w ciągu 2 ostatnich tygodni występowały u Pani/Pana objawy infekcji? (gorączka, kaszel, duszności)

TAK / NIE

2) Czy Pani/Pan lub ktoś z Państwa domowników jest lub był objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

TAK / NIE

Jeżeli tak, to czy kwarantanna została zakończona?

TAK/NIE