ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

DATA…………………………………………………………………………………….

IMIĘ I NAZWISKO………………………………………………………………………

NUMER ALBUMU………………………………………………………………………

NR TELEFONU…………………………………………………………………………..

ADRES ZAMIESZKANIA………………………………………………………………

W OSTATNICH 14 DNIACH PRZEBYWAŁEM NA TRENIE WOJEWÓDZTW: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1.Czy w ciągu ostatnich 7 dni wystąpiły u Pani/Pana

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GORĄCZKA |  | KASZEL |  |
| DUSZNOŚĆ |  | KATAR |  |

2.Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą o potwierdzonym zakażeniu Covid19?

|  |
| --- |
|  |

3. Czy w środowisku domowym u współmieszkańców wystąpiły w ciągu ostatnich 14 dni objawy infekcji z dróg oddechowych?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GORĄCZKA |  | KASZEL |  |
| KATAR |  |  |  |  |

Świadomy/- a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń - Art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszej ankiecie są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Podpis: ……………………………………………………………………………………………