

## ANKIETA NT. OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM

Imię i nazwisko:.....

Tel. Kontaktowy:.....

1. Czy w ostatnich 14 dniach miał/a Pan/Pani kontakt z osobą chorą z potwierdzonym zakażeniem COVID-19 lub w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2??

TAK

NIE

2. Czy był/a Pan/Pani w obszarach występowania COVID-19 w lub czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobami, które powróciły z obszarów zagrożenia, w których stwierdzono wystąpienie zakażenia COVID-19 w okresie ostatnich 14 dni?

TAK

NIE

3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani temperaturę ciała powyżej 38 stopni Celsjusza, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?

TAK

NIE

4. Czy aktualnie ma Pan/Pani objawy infekcji dróg oddechowych, tj. występowanie jednego lub więcej objawów choroby układu oddechowego, kaszel, duszność, trudności z oddychaniem lub radiologiczne objawy zapalenia płuc, utrata węchu lub odczucia smaku?

TAK

NIE

5. Czy Pan/Pani był/była **dwukrotnie** zaszczepiony/a przeciw COVID-19?

TAK

NIE

Czytelny podpis składającego oświadczenie:

.....