**ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA WPP AG 17**

Proszę o zaznaczenie odpowiedzi zgodnie ze stanem faktycznym.

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** | **DATA** |
| **PESEL** | **NUMER TELEFONU** |
| **ADRES** |
| CZY W PRZECIĄGU OSTATNICH 14 DNI WYSTĄPIŁY U PANA/PANI? | PROSIMY WSTAWIĆ ZNAK **X** |
| Gorączka powyżej 38 C | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Kaszel | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Katar | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Zaburzenia smaku lub węchu | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Biegunka | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Czy u Domowników/Dzieci w okresie ostatnich 14 dni wystąpiły takie objawy? | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Czy miała Pani/Pan bliski kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem w ciągu ostatnich 14 dni? | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Czy w ostatnich 14 dniach przebywała Pani/Pan lub ktoś z domowników/dzieci w rejonach transmisji koronawirusa? | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Czy miała Pani/Pan w ciągu ostatnich 14 dni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia/grypy lub duszności? | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Czy Pan/Pani/Domownik/Dziecko jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym lub przebywa w kwarantannie? | **TAK** |  | **NIE** |  |

**Zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminu WPP AG 17**

|  |  |
| --- | --- |
| Czytelny podpis Pielgrzyma |  |
| Data |  |
| Uwagi |  |