

Tychy, dnia _____

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer telefonu

PESEL

ANKIETA PRZEDZABIEGOWA

Jakie jest Pani/Pana samopoczucie?

Czy występują u Pana objawy COVID-19 (np. gorączka, suchy kaszel)?

TAK / NIE

Czy jest Pani/Pan w trakcie odbywania obowiązkowej izolacji lub kwarantanny?

TAK / NIE

Czy zamieszkuje Pani/Pan z osobą, która jest poddana obowiązkowej izolacji lub kwarantannie?

TAK / NIE

Czy w ciągu dwóch tygodni miała Pani/Pan kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie, zachorowanie lub skierowaną do izolacji?

TAK / NIE

Oświadczam, że wszystkie powyżej podane dane, są prawdziwe.

czytelny podpis