



ANKIETA COVID-19

Poznań, dnia

D	D	/	M	M	/	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Imię nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/a Pan(i) lub któryś z domowników za granicą w rejonach transmisji korona wirusa?

Tak	Nie
-----	-----

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS Cov-2?

Tak	Nie
-----	-----

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji korona wirusa?

Tak	Nie
-----	-----

4. Czy jest Pan(i) lub któryś z domowników objęci nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

Tak	Nie
-----	-----

5. Czy obecnie u Pan(i) lub u któregoś z domowników występują objawy infekcji (gorączka, kaszel, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak	Nie
-----	-----

6. Czy w ostatnich 2 tygodniach występowały u Pan(i) lub u któregoś z domowników wyżej wymienione objawy?

Tak	Nie
-----	-----

.....
podpis zawodnika