

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO	
NUMER TELEFONU	
Czy występują u Pana/Pani objawy ostrej infekcji dróg oddechowych, takie jak: gorączka, kaszel, duszności ?	TAK / NIE*
Czy u dziecka w ciągu ostatniej doby występowały objawy chorobowe, takie jak: kaszel, katar, podwyższona temperatura, biegunka ?	TAK/NIE*
Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko lub ktoś z domowników miał kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-Co V-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym) lub osobą w kwarantannie bądź izolacji?	TAK / NIE*
Czy w okresie ostatnich 14 dni Pan/Pani lub ktoś z domowników został objęty kwarantanną lub izolacją?	TAK / NIE*
Data i czytelny podpis:	

*- podkreślić właściwe