

KWESTIONARIUSZ
oceny ryzyka epidemiologicznego
Szkoła Podstawowa Nr 1 w Smolnicy

Szanowna Pani,
Szanowny Panie,

Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia osób przebywających na terenie zakładu pracy Nazwa zakładu pracy, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Pani/Pana

Imię i nazwisko:

1. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest osoba **poddana kwarantannie**?
 Tak Nie

2. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?
 Tak Nie

3. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana **zakażenie wirusem SARS-CoV-2**?
 Tak Nie

4. Czy obserwuje Pani/Pan u siebie któryś z wymienionych **objawów**?

gorączka (powyżej 38°C)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
kaszel	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
duszność	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
problemy z oddychaniem	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
ból mięśni	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
zmęczenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
katar	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
biegunka	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
ból gardła	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Data i godzina

Podpis