

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)	☐ Tak	☐ Nie
kaszel	☐ Tak	☐ Nie
duszność	☐ Tak	☐ Nie
problemy z oddychaniem	☐ Tak	☐ Nie
ból mięśni	☐ Tak	☐ Nie
zmęczenie	☐ Tak	☐ Nie
katar	☐ Tak	☐ Nie
biegunka	☐ Tak	☐ Nie
ból gardła	☐ Tak	☐ Nie

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Data i godzina

Podpis