

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY  
W RAMACH PRZECIWDZIAŁANIA COVID-19**

**Imię i Nazwisko Uczestnika:** .....

**Adres:** .....

	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
1. Czy w okresie ostatniego miesiąca Uczestnik(czka) miał(a) kontakt z osobą zakażoną wirusem COVID-19?		
2. Czy w okresie ostatniego miesiąca któryś z domowników Uczestnika przebywał, <b>za granicą</b> ?		
3. Czy w okresie ostatniego miesiąca Uczestnik(czka) miał(a) kontakt z osobą, która przebywała <b>za granicą</b> ?		
4. Czy ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym ( <b>kwarantanną</b> )?		
5. Czy w okresie ostatniego miesiąca <b>występowali</b> u Uczestnika(czka) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe m.in. utrata węchu lub smaku)? W jaki sposób zostały one wyleczone?*		
..... ..... .....		
6. Czy obecnie <b>występują</b> u Uczestnika(czka) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe m.in. utrata węchu lub smaku)?		

.....

(data)

(podpis Uczestnika\*\*)

.....

(data)

(rodzica / opiekuna prawnego)

\* w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK

\*\* w przypadku, gdy uczestnik podpisuje się własnoręcznie