

Imię i nazwisko: .....	tak	nie
Telefon: .....		
<b>Status: zawodnik, zespół szkoleniowy, zespół medyczny, pracownik klubu (proszę właściwe podkreślić)</b>		
Czy w ciągu ostatnich 14 dni miałeś kontakt z osobą <b>chorą</b> , osobą przebywającą na <b>kwarantannie</b> lub inną osobą z potwierdzonym <b>zakażeniem</b> koronawirusem?		
Czy kontaktowałeś się z osobami spoza najbliższej rodziny korzystając z poniższych; ( <b>transport publiczny, placówki medyczne, placówki usługowe, place zabaw, restauracje, inne</b> )?		
Czy regularnie i stale stosujesz środki zapobiegawcze: <b>izolacja, mycie rąk, noszenie maski?</b>		
Czy zauważyłeś u siebie lub najbliższych w ciągu ostatnich 2 tygodni:		
suchy kaszel		
Gorączka > 38,0C		
duszność		
nagła utrata węchu i smaku		
bóle głowy		
bóle gardła		
bóle mięśni		
ogólne rozbicie, zmęczenie		
biegunka		
zmiany skórne		
Czy powyższe objawy występowały u domowników, jeśli tak to jakie?		
Czy w ciągu ostatniego miesiąca miałeś wykonywane testy w kierunku COVID -19? jeśli tak proszę podać datę Powód wykonania testu: .....		
data i podpis .....		

Ankieta epidemiologiczno-medyczna dla osób objętych „kwarantanną sportową” w PLS.

Temperatura wyjściowa: .....

Podpis osoby odbierającej ankietę i dokonującej pomiaru:

.....