

OBOWIĄZKOWA ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

Imię i Nazwisko uczestnika

--

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARSCoV-2 lub z osobą, która podlega/ła nadzorowi epidemiologicznemu lub przebywa/ła na kwarantannie?
 Tak
 Nie
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która wróciła z zagranicy?
 Tak
 Nie
3. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) za granicą?
 Tak
 Nie
4. Czy przeszedł(ła) Pan(i) pełną procedurę szczepienia przeciwko Covid-19?
 Tak
 Nie
5. Czy aktualnie występują lub w ciągu ostatnich 14 dni występowały u Pana(i) objawy (gorączka powyżej 38 °C, kaszel, uczucie duszności, bóle mięśniowe, utrata węchu, smaku, zaburzenia słuchu, nudności, wymioty, biegunka, ból głowy)
 Tak
 Nie
6. Czy obecnie lub w ostatnich 14 dniach występują(ły) w/w objawy u kogoś z domowników?
 Tak
 Nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SP ZOZ WSPR w Białymstoku zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE w celach kontaktowych w związku z organizacją i realizacją Mistrzostw Polski w Ratownictwie Medycznym.

Data

Podpis uczestnika

--	--