**KLINIKA/Poradnia w której odbywają się zajęcia:**

**Ankieta epidemiologiczna studenta przed rozpoczęciem zajęć praktycznych**

W przypadku odpowiedzi „Tak/Nie” należy pozostawić nieskreśloną odpowiedź prawidłową

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko studenta/studentki: |
| Adres zamieszkania: |
| Telefon kontaktowy: |
| Czy jest Pan/Pani obecnie na kwarantannie/ był-a Pan/Pani ? (od –do)?**Tak/Nie** |
| Czy jest Pan/Pani obecnie poddany/a nadzorowi sanitarnemu?**Tak/Nie** |
| Czy wrócił Pan/Pani w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy?**Tak/Nie** |
| Czy miała Pan/Pani**bezpośredni kontakt** (≤2 metry, dłużej niż 15 min.)**z osobą**, którą poddano kwarantannie lub izolacji z powodu COVID-19?**Tak/Nie** |
| Czy miała Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich dni wróciła z zagranicy?**Tak/Nie** |
| **Temperatura:** |
| **Czy w ciągu ostatnich 5 dni odczuwał Pan/Pani** |
| Kaszel**Tak / Nie** |
| Duszność**Tak/ Nie** |
| Bóle mięśniowe**Tak /Nie** |
| Bóle głowy**Tak / Nie** |
| Podpis: Data: |