

## 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)? <b>Tak / Nie</b>	
<b>Temperatura:</b>	
<b>Czy odczuwał/a Pan/Pani</b>	
Kaszel	<b>Tak / Nie</b>
Duszność	<b>Tak / Nie</b>
Utrata smaku i węchu	<b>Tak / Nie</b>
Objawy infekcji górnych dróg oddechowych (katar, ból gardła)	<b>Tak / Nie</b>
Podpis:	Data:

*\*student pierwszego dnia zajęć wypełnioną ankietę przekazuje opiekunowi, a następnie każdego dnia zajęć ma obowiązek zaktualizować dane zawarte w ankiecie, co potwierdza datą i podpisem (na odwrocie ankiety)*

## 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)? <b>Tak / Nie</b>	
<b>Temperatura:</b>	
<b>Czy odczuwał/a Pan/Pani</b>	
Kaszel	<b>Tak / Nie</b>
Duszność	<b>Tak / Nie</b>
Utrata smaku i węchu	<b>Tak / Nie</b>
Objawy infekcji górnych dróg oddechowych (katar ból gardła)	<b>Tak / Nie</b>
Podpis:	Data:

*\*student pierwszego dnia zajęć wypełnioną ankietę przekazuje opiekunowi, a następnie każdego dnia zajęć ma obowiązek zaktualizować dane zawarte w ankiecie, co potwierdza datą i podpisem (na odwrocie ankiety)*