

KWESTIONARIUSZ

oceny ryzyka epidemiologicznego
WROCŁAW SQUASH CLUB

Szanowna Pani,
Szanowny Panie,

Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia osób przebywających na terenie obiektu sportowego WROCŁAW SQUASH CLUB, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Pani/Pana (Imię i nazwisko)

Dane kontaktowe (telefon zgodny z danymi z systemu rezerwacji)

1. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest osoba poddana kwarantannie?

TAK NIE

2. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest potwierdzony przypadek COVID-19?

TAK NIE

3. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana zakażenie wirusem SARS-CoV-2? Tak Nie

TAK NIE

4. Czy obserwuje Pani/Pan u siebie któryś z wymienionych objawów?

Gorączka (powyżej 38°C) TAK NIE

Kaszel TAK NIE

Duszność TAK NIE

Problemy z oddychaniem TAK NIE

Ból mięśni TAK NIE

Poczucie zmęczenia TAK NIE

Katar TAK NIE

Biegunka TAK NIE

Ból gardła TAK NIE

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Data i godzina

Podpis