



Ankieta wstępnej kwalifikacji do badania w związku z epidemią COVID-19

Imię nazwisko osoby badanej:

Telefon:

Imię nazwisko badacza:

Data wywiadu:

Informacja o występowaniu objawów COVID-19

Czy w ciągu ostatnich 7 dni wystąpiły u Pani / Pana następujące objawy?

| | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - gorączka | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - kaszel | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - duszność | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - katar (inny niż alergiczny) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - utrata smaku | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - utrata węchu | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - bóle mięśni | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - gorączka | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał(a) Pani / Pan kontakt z osobą o potwierdzonym zakażeniu COVID-19?

TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała(a) Pani / Pan kontakt z osobą poddaną kwarantannie w związku z COVID-19?

TAK NIE

Czy jest Pani / Pan zaszczepiona przeciwko COVID-19?

TAK NIE NIE UDZIEŁĘ ODPOWIEDZI

Informacje dodatkowe dla uczestnika zajęć

1. Przed rozpoczęciem zajęć może nastąpić bezdotkowy pomiar temperatury ciała.
2. Administratorem Państwa danych osobowych jest Uniwersytet Warszawski, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa.

Uwagi: