

**ZAŁĄCZNIK NR 1** (wypełniają wszystkie osoby wchodzące na teren Ośrodka, z wyjątkiem wychowanków Ośrodka)

**NIEPUBLICZNY OŚRODEK  
REHABILITACYJNO-EDUKACYJNO-WYCHOWAWCZY  
W KARLINIE**

**KWESTIONARIUSZ  
oceny ryzyka epidemiologicznego  
w Niepublicznym Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczym w Karlinie**

Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia osób przebywających na terenie Ośrodka, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie niniejszego kwestionariusza.

Imię i nazwisko: .....

1. Czy został/a Pani/Pan lub osoba w Pani/Pana najbliższym otoczeniu **poddana kwarantannie\***?

Tak                      Nie

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

Tak                      Nie

3. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana przypadek **choroby COVID-19\***?

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

katar    Tak                      Nie

biegunka                                        Tak                      Nie

ból gardła                                        Tak                      Nie

.....

(data i podpis)

\_\_\_\_\_  
\*Właściwe podkreślić