



**CENTRUM
ZDROWIA**

w Opolu Sp. z o.o.

ANKIETA ZDROWOTNA

Imię i nazwisko dziecka

PESEL.....

Czy obecnie występują u dziecka objawy: **(proszę podkreślić występujące)**
gorączka, kaszel, katar, ból gardła, ból zatok, ból głowy duszność, biegunka, wymioty,
zaburzenia węchu lub smaku, osłabienie, bóle mięśniowe, dreszcze, wysypka

- Czy osoba chora oraz osoby z jej otoczenia przebywają w izolacji z powodu zakażenia COVID-19
TAK / NIE
- Czy osoba chora lub osoby z jej otoczenia miały kontakt z osobą u której stwierdzono zakażenie COVID-19, kontakt z osobą która przebywa w izolacji z powodu zakażenia COVID-19
TAK / NIE / NIE WIEM
- Czy dziecko otrzymuje lub otrzymywało w ciągu ostatnich 4 tygodni inną szczepionkę, w tym odczulającą (przeciw alergiczną)? **NIE/TAK***
*Jeśli TAK, proszę podać jaką
- Czy u dziecka po poprzednich szczepieniach wystąpiła wysypka lub inne dolegliwości? **NIE/TAK***
*Jeśli TAK, proszę podać po jakiej szczepionce i jakie dolegliwości

DATA.....

podpis rodzica/opiekuna