

Otázka	Odpověď
Jméno osoby	
Věk	
Pohlaví	
Jak se cítíte?	
Tělesná teplota	
Pozorujete na sobě příznaky onemocnění COVID 19?	
Pokud ano, kolik dní?	
Máte suchá kašel?	
Máte vlhký kašel?	
Trpíte zvýšenou únavou?	
Trpíte ztrátou chuti nebo čichu?	
Máte podezření na kontakt s nemocným člověkem s COVID-19?	
Pobývali jste v zahraničí v posledních 2 měsících?	
V jaké zemi?	
<p data-bbox="199 1489 785 1659">Prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy uvedené v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků v případě zneužití. Všechny odpovědi jsou vyplněny za moji osobu.</p> <p data-bbox="199 1727 402 1760">Datum a podpis</p>	