Додаток 3

до наказу КФКПН від 01.09.2021 № 47

**ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ/СТУДЕНТІВ**

**ПРО САМОПОЧУТТЯ З МЕТОЮ ПРОТИДІЇ**

**ПОШИРЕННЮ КОРОНАВІРУСУ (COVID-19)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ з/р** | **Питання для відповіді** | **Відповідь** | |
| 1 | Прізвище, ім’я, по-батькові |  | |
| 2 | Дата народження |  | |
| 3 | Адреса проживання |  | |
| 4 | Контактний телефон |  | |
| 5 | Місце роботи |  | |
| 6 | Посада |  | |
| 7 | Чи наявні у Вас такі симптоми:  *Можна обрати кілька варіантів одночасно. Якщо Вас турбує інший стан, якого немає у списку, впишіть симптом у «інше». У випадку, якщо ви почуваєтесь добре, оберіть варіант «Нічого з переліченого»*  Підвищена температура тіла  Кашель, сухий кашель  Задишка  Лихоманка  Нічого з переліченого  Інше |  | |
| 8 | Чи зверталися Ви до лікаря з приводу наявності симптомів, зазначених у попередньому питанні  ТАК НІ  *\*якщо ТАК, то вкажіть дати* |  | |
| 9 | Чи перебували Ви або Ваші близькі родичі за кордоном |  | |
| 10 | Чи робили Вам тест на коронавірус  ТАК НІ |  | |
| 11 | Чи перебували Ви у контакті з хворим на коронавірус  ТАК НІ  *\*якщо ТАК, скільки днів минуло з дня останнього контакту* |  | |
| 12 | Чи хворіли Ви на коронавірус  ТАК НІ  *\*якщо ТАК, скільки днів минуло з дня одужання* |  | |
| 13 | Прізвище та ім’я Вашого сімейного лікаря |  | |
| 14 | Згода на обробку персональних даних | ПОГОДЖУЮСЬ |  |

**ДАТА ЗАПОВНЕННЯ**