



HEALTH QUESTIONNAIRE FOR PASSENGERS (COVID-19)

DEKLARACJA ZDROWOTNA

Name (**imię**):

Last name (**nazwisko**):

Date of birth (**data urodzenia**):

Age years old (**wiek**):

ORIGINAL RESIDENCE (KRAJ POCHODZENIA)

Address (**adres**):

CP (**kod pocztowy**):

Municipality (**miasto**):

Island (**wyspa**):

Country (**państwo**):

Email (**adres mailowy**):

Phone number (**numer telefonu**):

DESTINATION OF RESIDENCE (KRAJ PODRÓŻY)

Address (**adres hotelu**):

CP (**kod pocztowy**):

Municipality (**miasto**):

Island (**wyspa**):

Country (**państwo**):

CLINICAL INFORMATION

INFORMACJE MEDYCZNE

	Unk Nie wiem	No Nie	Yes Tak
Have you taken any fever medication in the last 24 hours? Czy przyjmowałeś leki przeciwgorączkowe w ciągu ostatnich 24 godzin?			
Pneumonia (Rx or clinical evidence) Zapalenie płuc?			
Breathing difficulties Problemy z oddychaniem?			
Fever Gorączka?			
Cough Kaszel?			

OBSERVATIONS (DODATKOWE UWAGI)

I declare, under my own responsibility, that the given data is true.

(Oświadczam, iż uzupełnione dane są zgodne z prawdą).

Date and signature: _____

(Data i podpis)