

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA																
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA																
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
Numer telefonu do kontaktu																
E-mail																

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie ww.gis.gov.pl)

Tak

Nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

3. Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka powyżej 38°C

Kaszel

Uczucie duszności -trudności w nabraniu powietrza

Nie

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Pacjenta