

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

<b>DATA</b>																			
<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b>																			
<b>PESEL</b>	<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><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		
<b>Numer telefonu do kontaktu</b>																			
<b>E-mail</b>																			

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](http://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

Lp.	Miejscowość, data	Czytelny podpis Pacjenta
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		