

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
- Tak
- Nie
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?
- Tak
- Nie
- 3) Czy pacjent w okresie ostatnich 14 dni miał kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa.
- Tak
- Nie
- 4) Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
- Tak
- Nie
- 5) Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji:
- Gorączka Kaszel Katar Wysypka Bóle mięśni Bóle gardła
- Inne
- 6) Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?
- Tak
- Nie

.....
Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego /
opiekuna faktycznego