

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL
Numer telefonu do kontaktu	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) poza granicami naszego kraju?

- Tak
 Nie

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

- Tak
 Nie

Jeśli tak, to kiedy? i z kim?

3. Czy występują u Pana(i) objawy ostrej infekcji dróg oddechowych?

- Gorączka powyżej 38°C
 Kaszel
 Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

4. Czy pacjent lub ktoś z domowników poddany jest kwarantannie z powodu podejrzenia COVID-19?

- Tak
 Nie

czytelny podpis pacjenta

czytelny podpis osoby przyjmującej ankietę

.....

.....