

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

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 w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

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 nietypowe)?

Tak

Nie

- 6) Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?

Tak

Nie

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjenta/opiekuna

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

Numer telefonu do kontaktu E-mail

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

Tak

Nie

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Tak

Nie

3) Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka powyżej 38°C

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjenta/opiekuna