

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ NAZWISKO PACJENTA										
PESEL										
DATA URODZENIA										
NR TELEFONU DO KONTAKTU										
E -MAIL										

Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) lub bliska Panu(i) osoby w rejonie transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na www.gis.gov.pl)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) lub bliska Panu(i) osoba kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy Panu(i) przebywała na kwarantannie lub ktoś z Pana(i) bliskich objęty jest / była kwarantanną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy występują u Pana(i) objawy?	<input type="checkbox"/> gorączka powyżej 38 ⁰ <input type="checkbox"/> kaszel <input type="checkbox"/> uczucie duszności <input type="checkbox"/> NIE

.....

Podpis pacjenta /osoby wypełniającej ankietę