

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) 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 koronawirusem

SARS CoV-2?

- Tak
 Nie

3) Czy występują u Pana(i) objawy?

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

Podpis pacjenta