

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI POTENCJALNEGO KONTAKTU PACJENTA Z OSOBAMI ZAKAŻONYMI KORONAWIRUSEM SARS COV-2

DATA WIZYTY: ____ - ____ - ____ r.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: PESEL:

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ:

NUMER TELEFONU DO KONTAKTU:

E-MAIL:

CEL WIZYTY W CENTRUM MEDYCZNYM:

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

Jeśli na pytanie 1 i/lub 2 odpowiedziałeś TAK wypełnij poniższą tabelę:

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY Z KONTAKTU LUB KRAJ POTENCJALNEGO KONTAKTU	NUMER TELEFONU OSÓB Z KONTAKTU

.....
Czytelny podpis Pacjenta

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej ankietę