

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

PESEL:											
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:											
KONTAKTOWY NR TELEFONU:											
ADRES ZAMIESZKANIA:											

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

TAK

NIE

2) Czy występują u Pana(i) następujące objawy:

Uczucie duszności, trudności w nabieraniu powietrza

TAK NIE

Gorączka powyżej 38°C

TAK NIE

Kaszel

TAK NIE

Biegunka

TAK NIE

Wymioty

TAK NIE

Zaburzenia węchu lub smaku

TAK NIE

data:

podpis