

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:	
PESEL PACJENTA:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA:	
PESEL OPIEKUNA:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
KONTAKTOWY NR TELEFONU:	
E- MAIL:	

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

TAK

NIE

3) Czy występują u Pani/a lub dziecka następujące objawy:

▪ Gorączka powyżej 38⁰C?

TAK

NIE

▪ Kaszel

TAK

NIE

▪ Duszności, trudności w nabieraniu powietrza

TAK

NIE

.....

data

.....

czytelny podpis opiekuna