

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI ODWIEDZAJĄCYCH

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

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

<input type="checkbox"/> Uczucie duszności, trudności w nabieraniu powietrza	TAK	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	NIE	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gorączka powyżej <b>38°C</b>	TAK	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	NIE	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kaszel	TAK	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	NIE	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Biegunka	TAK	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	NIE	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wymioty	TAK	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	NIE	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zaburzenia węchu lub smaku	TAK	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	NIE	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

### 3. Jaki jest Pana(i) status immunologiczny:

- zaszczepiony(a) p/COVID-19: I dawka – data:.....  
II dawka – data:.....
- niezaszczepiony(a) przeciw COVID-19, osoba która posiada negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 (test PCR lub antygenowy wykonany nie wcześniej niż 48 godzin przed dniem odwiedzin)
- przebył(a) zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (osoba u której minęło od 11 do 180 dni od otrzymania pozytywnego testu PCR lub testu antygenowego).

Data i godzina:.....

Podpis:.....