

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Data.....

Imię i nazwisko pacjentaPesel.....

Numer telefonu do kontaktu.....

E-mail

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w miejscach o lokalnie wzmożonej zakaźności SARS-CoV-2?
Tak Nie
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą/osobami z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem zakażenia SARS CoV-2?
Tak Nie
- 3) Czy obecnie występują u Pana (i) objawy infekcji?:
 Gorączka Duszność Kaszel Utrata węchu Zaburzenia smaku
Inne.....

.....
Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna faktycznego