

ANKIETA DLA PACJENTA

Imię i nazwisko.....

PESEL/data urodzenia.....

Adres.....

**Świadomy odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń,
oświadczam, że:**

1. W okresie 14 dni miałem/am kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie.

TAK NIE

2. W okresie ostatnich 21 dni miałem/am kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2.

TAK NIE

3. W okresie ostatnich 14 dni miałam/em kontakt z osobami przybywającymi z zagranicy.

TAK NIE

4. W chwili obecnej u domowników występują objawy infekcyjne jak: kaszel, duszności, gorączka, nasilone bóle mięśni, biegunka, wymioty, bóle brzucha.

TAK NIE

5. W okresie ostatnich 14 dni byłem/am chory/a

TAK NIE

6. W chwili obecnej występują u mnie objawy infekcyjne (jak np. duszność, katar, kaszel, podwyższona temperatura ciała, biegunka, wymioty)

TAK NIE

Moje aktualne objawy infekcyjne to:.....

.....

data

.....

podpis