

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
NUMER KONTAKTOWY	
ADRES ZAMIESZKANIA	
ADRES E-MAIL	

- Czy w Państwa wspólnym gospodarstwie domowym u którejkolwiek z osób współzamieszkałych wystąpiło stwierdzone laboratoryjnie, klinicznie zakażenie COVID-19?
 - TAK
 - NIE
- Czy decyzją Sanepidu jest u Państwa nałożona kwarantanna lub był świadomy kontakt z osobą zakażoną COVID-19, w ciągu ostatnich 14 dni?
 - TAK (z jakiego powodu kwarantanna)
 - NIE
- Czy występują u Pani/Pana lub którejkolwiek z osób współzamieszkałych objawy:
 - Gorączka powyżej 38 stopni
 - Suchy kaszel
 - Duszność
 - Utrata węchu, smaku
 - Biegunka
 - Zapalenie spojówek
 - TAK (u kogo?)
 - NIE

Świadomy odpowiedzialności wynikającej ze złożenia nieprawdziwych informacji, oświadczam, że spełniam kryteria bezpiecznych warunków epidemiologicznych i potwierdzam swoim podpisem

Podpis pacjenta Data