

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL Numer telefonu do kontaktu E-mail.....

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Tak Nie przebywałem poza granicami Polski

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

Tak Nie

3) Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka powyżej 380C Tak Nie

Kaszel Tak Nie

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza Tak Nie

**W przypadku odpowiedzi TAK na którekolwiek pytanie prosimy o kontakt telefoniczny
503733127.**