

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Data/godzina	___ / ___ / 2021 r. ___ --
Nazwisko Imię pacjenta	
Lekarz/Poradca (Do kogo?)	
PESEL	___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Numer telefonu kontaktowego	
E-mail pacjenta	

Czy w okresie 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? www.gis.pl	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Proszę podać jaki rejon	
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV -2 ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w chwili obecnej Pan(i) przebywa w kwarantannie domowej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK od kiedy?	___ / ___ / 2020r

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy (odpowiednie zakreślić)			
	NIE	TAK	Jeśli TAK- od kiedy (data)
Temperatura powyżej 38 st. C			
Kaszel			
Duszności			
Utrata węchu			
Utrata lub zaburzenia smaku			

Podpis osoby wypełniającej ankietę:

.....