

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ I NAZWISKO:

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO:.....

ADRES ZAMIESZKANIA:.....

Szanowni Pacjenci,

Zgodnie z zaleceniami Ministra Zdrowia oraz Sanepidu w związku z przeciwdziałaniem i ryzykiem zakażeń COVID 19, prosimy o zakreślenie znaku **X** przy odpowiedniej odpowiedzi oraz podpis karty po wypełnieniu.

Informujemy, że podanie nieprawdziwych informacji dotyczących Państwa zdrowia może skutkować zakażeniem innych pacjentów lub personelu Centrum Medycznego.

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

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 37,4 stopni C

Tak Nie Aktualny pomiar

- Kaszel

Tak Nie

- Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

Tak Nie

4.Czy jest Pan/Pani w trakcie kwarantanny?

Tak Nie

.....

.....

data wypełnienia

podpis