

ANKIETA DLA PACJENTA / OPIEKUNA

COVID – PRZYCHODNIA

Imię i nazwisko:

PESEL:.....

Nr tel. do kontaktu*:.....PORADNIA:

1. Czy miał/a Pani/Pan w ciągu ostatnich 14 dni bezpośredni kontakt z:
 - a. osobą z rozpoznaną infekcją COVID-19
 TAK NIE
 - b. osobą podejrzaną o infekcję COVID-19
 TAK NIE
 - c. osobą będącą w izolacji/kwarantannie
 TAK NIE
2. Czy występują u Pani/Pana lub u kogoś z domowników (poza dzieckiem chorym, które jest pacjentem) następujące objawy
 - a. Gorączka powyżej 38 °C
 TAK NIE
 - b. Kaszel
 TAK NIE
 - c. Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza
 TAK NIE

Skala, dn.
.....
Czytelny podpis pacjenta/opiekuna

Temp. zmierzona:

.....
Podpis Pracownika