

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
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
- 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 38°C
 - Kaszel
 - Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza