ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
IMIĘ I NAZWISKO RODZICA / OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ	
PESEL	
NUMER TELEFONU DO KONTAKTU	
E-MAIL	

1. Czy objęty jest Pan/Pani kwarantanną domową?
   TAK NIE
2. Czy Państwa domownicy podlegają kwarantannie domowej?
   TAK NIE
3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?
   TAK NIE
4. Czy obecnie lub w okresie ostatnich 14 dni występowały u Pana(i) następujące objawy?
   Gorączka powyżej 38 stopni C TAK NIE
   Kaszel TAK NIE
   Duszność- trudności w oddychaniu TAK NIE
   inne (zaburzenia węchu, smaku, biegunki) TAK NIE
5. Czy w/w objawy występują lub występowały w okresie ostatnich 14 dni u Państwa domowników?
   TAK NIE
6. Czy pracuje Pan(i) z osobami zakażonymi koronawirusem SARS CoV-2?
   TAK NIE

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych mi pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą pod rygorem odpowiedzialności z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. -Kodeks Karny

.....

Podpis Pacjenta