

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA:		Temp. °C
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA		
DATA URODZENIA:		
Numer telefonu:		
Imię i nazwisko OPIEKUNA		

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą zakażoną koronawirusem lub przebywająca w kwarantannie?

tak

☐

nie

☐

2. Czy występują u Pana(i) objawy?

gorączka powyżej 38°C

☐

tak

☐

nie

kaszel

☐

tak

☐

nie

uczucie duszności

☐

tak

☐

nie

bez objawów

☐

tak

☐

nie

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna