

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI COVID-19

Data:

Imię i Nazwisko pacjenta:

PESEL:

Numer telefonu do kontaktu:

e-mail:

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) za granicą?

- Tak
- Nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w szpitalu lub innej placówce opieki zdrowotnej (m.in. ZOL)?

- Tak - nazwa placówki
- Nie

3. Czy miał Pan(i) kontakt z osobą, która objęta jest kwarantanną lub izolacją?

- Tak
- Nie

4. Czy jest Pan(i) objęta kwarantanną lub izolacją?

- Tak
- Nie

5. Czy ma Pan(i):

- Gorączkę powyżej 37,5 °C
- Kaszel
- Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza
- ŻADNE Z POWYŻSZYCH

6. Czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?

- Tak
- Nie

7. Czy w ciągu ostatnich 3 dni stosował Pan/ Pani leki przeciwgorączkowe:

- Tak
- Nie

O każdej zmianie dotyczącej powyższego wywiadu zobowiązuje się powiadomienie personelu

.....
Podpis pacjenta