

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI



<b>Data</b>	
<b>Imię i Nazwisko Pacjenta</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>Numer telefonu do kontaktu:</b>	
<b>e-mail</b>	

### WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY (Właściwą odpowiedź zakreślić kółkiem)

Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) / dziecko / podopieczny / któryś z domowników za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?	TAK	NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?	TAK	NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?	TAK	NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą poddaną kwarantannie / izolacji?	TAK	NIE
Czy jest Pan(i) objęty(a) nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna, izolacja)?	TAK	NIE
Czy dziecko / podopieczny / któryś z domowników jest objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna, izolacja)?	TAK	NIE
Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały poniższe objawy u kogoś z domowników?	TAK	NIE
Czy występują u Pan(i) objawy?		
- gorączka powyżej 38°C	TAK	NIE
- kaszel	TAK	NIE
- katar	TAK	NIE
- wysypka	TAK	NIE
- bóle mięśniowe	TAK	NIE
- ból gardła	TAK	NIE
- uczucie duszności	TAK	NIE
- inne .....	TAK	NIE

Temperatura ciała w chwili zgłoszenia się do placówki .....

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany .....  
oświadczam, że dane przedstawione w ankiecie są zgodne z prawdą.

Podanie fałszywych danych skutkować będzie nałożeniem kar administracyjnych, gdyż wiąże się to z narażeniem osób trzecich na utratę zdrowia lub życia.

**Podpis pacjenta.....**