

Ankieta epidemiologiczna pacjenta zgłaszającego się w okresie epidemii COVID-19

PROSZĘ WYPEŁNIĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA WIZYTY/BADANIA

ADRES ZAMIESZAKNIA:

TELEFON KONTAKTOWY

PROSZĘ O ODPOWIEDŹ NA PONIŻSZE PYTANIA POPRZEZ ZAKREŚLENIE WYBRANEJ ODPOWIEDZI

1. Czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID-19 w ostatnich 14 dniach? **tak / nie**
2. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin wystąpiły u Pana(i) następujące objawy:
 - a/ temperatura > 38°C **tak / nie**
 - b/ kaszel **tak / nie**
 - c/ uczucie duszności (trudności w nabraniu powietrza) **tak / nie**
3. Czy była Pan(i) szczepiona anty Covid-19 **tak/nie** data ostatniej dawki:

.....

.....

Data

Podpis Pacjenta/Opiekuna prawnego

**Dziękujemy za pomoc w wypełnieniu ankiety
(ankietę przekazaj personelowi medycznemu lub pozostaw w gabinecie)**