

ANKIETA

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM

NAZWISKO i IMIĘ:

DATA:

Czy obecnie lub w okresie ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana: gorączka, kaszel, katar, bóle gardła, bóle mięśni lub inne nietypowe objawy infekcji?	TAK	NIE
Czy przebywa Pani/Pan na kwarantannie?	TAK	NIE
Czy ktoś z Pani/Pana domowników przebywa obecnie na kwarantannie?	TAK	NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/Pani w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję koronawirusem SARS-CoV-2? (lista krajów publikowana jest codziennie na stronie www.gis.gov.pl)	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu ostatnich 14 dni przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich 14 dni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym przyjazd <i>(proszę wpisać obok)</i>		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną i/lub karną.

.....
/Data i podpis Pacjenta/