

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMIĘ NAZWISKO PACJENTA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. telefonu do kontaktu | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura | ⁰ C | | | | | | | | | | | | | | | |

1)Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa?(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

| | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | TAK |
| <input type="checkbox"/> | NIE |

2)Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

| | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | TAK |
| <input type="checkbox"/> | NIE |

**3)Czy występują u Pana(i) objawy?
Gorączka powyżej 38C**

| | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | TAK |
| <input type="checkbox"/> | NIE |

Kaszel

| | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | TAK |
| <input type="checkbox"/> | NIE |

Uczucie duszności-trudności w nabraniu powietrza

| | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | TAK |
| <input type="checkbox"/> | NIE |

Podpis osoby zbierającej wywiad