

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

.....  
Miejscowość, data

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Numer telefonu do kontaktu: .....

E-mail: .....

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

Tak

Nie

2) Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka powyżej 38<sup>0</sup>C

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

Zaburzenia węchu i smaku

Brak

3) Czy aktualnie przebywa Pan(i) na kwarantannie/izolacji lub osoba ze wspólnego domu ma zaleconą izolację lub kwarantannę?

Tak

Nie

4) Czy miał Pan(i) wykonywany test na SARS CoV-2?

Tak, kiedy/wynik:.....

Nie

.....  
podpis pacjenta