

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

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 w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Tak

Nie

3) Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka powyżej 38°C

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

L.p.	Data	Podpis pacjenta/ opiekuna
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		