

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI NA WIZYTĘ U PACJENTA	
DATA	
IMIĘ I NAZWISKO Osoby Wnioskującej	
PESEL Osoby Wnioskującej	
NR TEL. KONTAKTOWY/ E-MAIL	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
ODDZIAŁ	

Lp.		TAK	NIE
1.	Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan (i) poza granicami kraju?		
2.	Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której podejrzewano lub potwierdzono zakażenie koronawirusem ?		
3.	Czy obecnie występują u Pani/Pana objawy infekcji Temperatura ciała powyżej 38°C kaszel katar uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza ból mięśni ból gardła inne nietypowe.....		
4.	Czy obecnie lub w ostatnich 2 tygodniach występują/występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?		
5.	Czy jest Pan /Pani obecnie objęty/a kwarantanną (nadzorem epidemiologicznym) ?		
6.	Czy ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty kwarantanną (nadzorem epidemiologicznym) ?		

Poświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Podpis osoby wnioskującej Podpis lekarza

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI NA WIZYTĘ U PACJENTA	
DATA	
IMIĘ I NAZWISKO Osoby Wnioskującej	
PESEL Osoby Wnioskującej	
NR TEL. KONTAKTOWY/ E-MAIL	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
ODDZIAŁ	

Lp.		TAK	NIE
1.	Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan (i) poza granicami kraju?		
2.	Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której podejrzewano lub potwierdzono zakażenie koronawirusem ?		
3.	Czy obecnie występują u Pani/Pana objawy infekcji Temperatura ciała powyżej 38°C kaszel katar uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza ból mięśni ból gardła inne nietypowe.....		
4.	Czy obecnie lub w ostatnich 2 tygodniach występują/występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?		
5.	Czy jest Pan /Pani obecnie objęty/a kwarantanną (nadzorem epidemiologicznym) ?		
6.	Czy ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty kwarantanną (nadzorem epidemiologicznym) ?		

Poświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Podpis osoby wnioskującej Podpis lekarza