

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Data	
Imię i nazwisko pacjenta	
Pesel	
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa, oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

(Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi w kółko.)

TAK lub **NIE**

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał Pan/Pani/Dziecko/Podopieczny za granicą?

TAK / NIE

- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani/Dziecko/Podopieczny kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?

TAK / NIE

- 3) Czy występują u Pana/Pani/Dziecka/Podopiecznego objawy: gorączka powyżej 38 stop. C, kaszel, uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza?

TAK / NIE

- 4) Czy Pan/Pani/Dziecko/Podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK / NIE

Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Pana/Pani/Dziecka/Podopiecznego i odnotuje wynik:

Temperatura:

Oświadczam, że powyższa część ankiety została wypełniona przez mnie zgodnie z prawdą co potwierdzam poniżej własnoręcznym podpisem. Jednocześnie wyrażam zgodę na świadczenia medyczne w okresie trwającej epidemii koronawirusa SARS-CoV-2.

czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

.....