**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** |  |
| **PESEL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Numer telefonu do kontaktu** |  |
| **E-mail** |  |

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

* Tak
* Nie

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS Cov-2 lub która przebywa(ła) na kwarantannie?

* Tak
* Nie

1. Czy występują u Pan(i) objawy:

* Gorączka powyżej 38 °C
* Kaszel
* Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza