**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