

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>DATA</b>                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PESEL</b>                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>NUMER KONTAKTOWY</b>         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ADRES E-MAIL</b>             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

- Czy w Państwa wspólnym gospodarstwie domowym u którejkolwiek z osób współzamieszkałych wystąpiło stwierdzone laboratoryjnie, klinicznie zakażenie COVID-19?
  - TAK
  - NIE
- Czy decyzją Sanepidu jest u Państwa nałożona kwarantanna lub był świadomy kontakt z osobą zakażoną COVID-19, w ciągu ostatnich 14 dni?
  - TAK (z jakiego powodu kwarantanna) .....
  - NIE
- Czy występują u Pani/Pana lub którejkolwiek z osób współzamieszkałych objawy:
  - Gorączka powyżej 38 stopni
  - Sychy kaszel
  - Duszność
  - Utrata węchu, smaku
  - Biegunka
  - Zapalenie spojówek
    - TAK (u kogo?) .....
    - NIE

Świadomy odpowiedzialności wynikającej ze złożenia nieprawdziwych informacji, oświadczam, że spełniam kryteria bezpiecznych warunków epidemiologicznych i potwierdzam swoim podpisem.

Podpis pacjenta ..... Data .....