

IMIĘ I NAZWISKO		
PESEL		
NUMER TELEFONU		
PYTANIA: PROSIMY ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE		
Czy występują u Pana/Pani objawy ostrej infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, duszność ?		TAK/NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, u której podejrzewa się lub stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub przypadkiem prawdopodobnym)?		TAK/NIE
Czy w okresie 14 dni pracowała lub przebywała Pan/Pani jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-Co-V-2?		TAK/NIE
IMIĘ I NAZWISKO ORAZ TELEFON OSOBY TOWARZYSZĄCEJ		
DATA I PODPIS PACJENTA		