

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO	PESEL
NUMER TELEFONU DO KONTAKTU	
E-MAIL	

1. Czy występują u Pana(i) objawy?
 - a) gorączka powyżej 38° C
 - b) kaszel
 - c) uczucie duszności
 - d) bóle mięśniowe
 - e) bez objawów
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach występowania zakażeń koronawirusem?
 - a) tak
 - b) nie
3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pani(i) kontakt z osobą zakażoną koronawirusem?
 - a) tak
 - b) nie

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

1. Czy był(a) Pan(i) w ostatnich 1-2 miesiącach poza granicami kraju?
 - a) tak
 - b) nie
2. Czy był(a) Pan(i) w kontakcie z osobą skierowaną na kwarantannę lub chorą na koronawirusa?
 - a) tak
 - b) nie
3. Czy był(a) Pan(i) w kontakcie z chorą na inne infekcje dróg oddechowych lub gorączkującą w ostatnich 1-2 tygodniach?
 - a) tak
 - b) nie
4. Czy jest Pan(i) przeziębiona?
 - a) tak
 - b) nie
6. Czy zażywa Pan(i) antybiotyki?
 - a) tak
 - b) nie

.....
podpis pacjenta