

Ankieta epidemiologiczna obowiązująca w ST MEDICAL CLINIC w okresie epidemii COVID-19

PROSZĘ WYPEŁNIĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Imię i nazwisko:

Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Proszę o odpowiedzi na poniższe pytania poprzez ZAKREŚLENIE „X” WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI:

1. Czy miał/-a Pan/-i kontakt z osobą z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID-19 w ostatnich 14 dniach?

tak

nie

2. Czy powrócił/-a Pan/-i w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy lub z obszarów w Polsce o zwiększonej zachorowalności na COVID-19?

tak

nie

3. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin wystąpiły u Pana/-i następujące objawy:

a. temp. $>38^{\circ}\text{C}$ tak nie

b. kaszel tak nie

c. uczucie duszności (trudność w nabieraniu powietrza) tak nie

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Karta badania

Ciepłota ciała $^{\circ}\text{C}$

.....

Data i podpis Pacjenta/Opiekuna prawnego

.....

Podpis personelu ST MEDICAL CLINIC