**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

**DLA PACJENTA/ DZIECKA/PODOPIECZNEGO i OPIEKUNA**

|  |
| --- |
| **DATA Lp.** |
| **IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA/DZIECKA/PODOPIECZNEGO i/OPIEKUNA** |
| **PESEL PACJENTA/DZIECKA/PODOPIECZNEGO i/OPIEKUNA** |
| **Numer telefonu do kontaktu**  |
| **Adres zamieszkania**  |
| **Cel wizyty** |
| **Temperatura ciała** |

Pacjent/dziecko/podopieczny któryś z domowników przebywał w okresie ostatnich 14 dni za granicą w rejonach transmisji koronawirusa:

 ⃝ Tak ⃝ Nie

Pacjent miał w okresie ostatnich 14 dni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2:

 ⃝ Tak ⃝ Nie

Pacjent w okresie ostatnich 14 dni miał kontakt osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa:

 ⃝ Tak ⃝ Nie

Pacjent/dziecko/podopieczny któryś z domowników jest objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna):

 ⃝ Tak ⃝ Nie

Obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują , występowały poniższe objawy u kogoś z domowników:

 ⃝ Tak ⃝ Nie

Objawy pacjenta:

 ⃝ Gorączka ⃝ Kaszel ⃝ Katar ⃝ Wysypka ⃝ Bóle mięśni ⃝ Bóle gardła

 ⃝ Inne……………………………………………………………………………………………………...........................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................................................

………………………………………………….

Podpis pacjenta i /lub opiekuna