

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania/ pobytu:

Telefon kontaktowy..... Mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

Podpis Pacjenta/ data

Wywiad:

	NIE	TAK	TAK-od ilu dni
Czy jest Pani/Pan obecnie poddana/y kwarantannie ?			
Czy powrócił/a Pan/Pani w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy?			
Czy miał/a Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19 ?			
Czy miał/a Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie?			
Czy miał/a Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich 14 dni powróciła z zagranicy?			

Stan ogólny obecnie:

	NIE	TAK	Jeśli TAK- od ilu dni
Temperatura >j 38 st.C			
Kaszel			
Duszność			
Bóle mięśniowe			
Inne			

Podpis Pacjenta/data/godzina.....