

Nazwisko i imię

Data urodzenia:

ANKIETA ZDROWOTNA DLA PACJENTÓW PRZYJMOWANYCH W OKRESIE PANDEMII SARS-COV-2

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pana/i gorączka (TAK / NIE), kaszel (TAK / NIE), katar (TAK / NIE), duszności (TAK / NIE) ?

1.Czy był/a Pan/i objęta kwarantanna ? (TAK / NIE)

2.Czy przebywa Pan/i obecnie na kwarantannie ? (TAK / NIE)

3.Czy miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym) ? (TAK / NIE)

4.Czy miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/ przebywała w rejonie, w którym potwierdzona utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2 ? (TAK / NIE)

5.Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający/a w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 ? (TAK / NIE)

6.Czy miał/a Pan/i w przeciągu dwóch ostatnich tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności ? (TAK / NIE)

7.Czy podróżował/a Pan/i przeciągu dwóch ostatnich tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2 ? (TAK / NIE)

Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok).....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień

Na wizytę proszę przychodzić punktualnie (bez osób towarzyszących, do dziecka jeden rodzic).

W recepcji nie powinno przebywać więcej niż dwóch pacjentów jednocześnie.

Proszę WYPEŁNIONĄ ankietę odesłać drogą mailową do godziny 10:00 w dniu wizyty.

Nie wysłanie wypełnionej ankiety spowoduje odwołanie wizyty.

Miejscowość, data i podpis Pacjenta