

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM (poprawna odpowiedź w kółko)

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA:

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka?	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Duszności	TAK	NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną lub ktokolwiek z domowników?	TAK	NIE
Czy przebywa Pani / Pan na kwarantannie?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający lub pacjent w jednostce opieki zdrowotnej – szpital lub przychodnia. (wpisać nazwę jednostki, datę i długość pobytu)	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok)		
Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok)		

Pytania dotyczą pacjenta oraz w przypadku osób niepełnoletnich opiekuna, który planuje pojawić się w gabinecie (jeśli odpowiedź TAK dotyczy tylko opiekuna lub tylko pacjenta należy zaznaczyć TAK)

Data i podpis Pacjenta

(w przypadku osób niepełnoletnich podpis opiekuna ustawowego)