

**ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM  
ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Adres zamieszkania / pobytu .....

Telefon kontaktowy pacjenta.....

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ?

**TAK / NIE**

Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną?

**TAK / NIE**

Czy w **ciągu ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy:

	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle)			
Temperatura powyżej 37, 5 st. C			
Kaszel			
Duszność			
inne			

Ciepłota ciała w dniu badania ..... st. C

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego\*

.....

\* jeżeli dotyczy