

.....

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Data

Imię i nazwisko pacjenta/rodzica (opiekuna)

Numer kontaktowy

1. Czy Pan/Pani/dziecko/domownik jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK / NIE

2. Czy obecnie występują lub w ciągu ostatnich dwóch tygodni występowały u Pana/Pani/dziecka/domownika objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe) ?

TAK / NIE

3. Czy u Pana/Pani/dziecka/domownika stwierdzono zarażenie wirusem COVID-19?

TAK / NIE

4. Czy w okresie ostatnich 2 tygodni miał/a Pan/Pani/dziecko/domownik kontakt z osobą, u której potwierdzono zarażenie COVID-19?

TAK / NIE

Pomiar temperatury wykonany przez personel termometrem bezdotykowym

.....

.....
Data i czytelny podpis pacjenta