

**ANKIETA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**

Imię i nazwisko.....

Adres:.....

Numer telefonu /email do kontaktu

.....

1)Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał (a) Pan (i) w rejonach transmisji koronawirusa SARS CoV2?

TAK      NIE

2)Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan (i) kontakt z osobą , u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub jest ono prawdopodobne?

TAK      NIE

3)Czy występują u Pana(i) objawy:

- gorączka (temp. powyżej 38 st. C)
- kaszel
- uczucie duszności-trudności w nabraniu powietrza
- inne objawy jakiegokolwiek infekcji

4)Czy jest Pan(i) objęty kwarantanną lub ktoś z domowników z powodu podejrzenia COVID-19?

TAK      NIE

.....

Data

.....

Czytelny podpis pacjenta