

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))
  - Tak
  - Nie
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?
  - Tak
  - Nie
- 3) Czy występują u Pana(i) objawy?
  - Gorączka powyżej 38°C
  - Kaszel
  - Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza