

Uprzejmie proszę Pana/Panią o wypełnienie formularza i udzielenie wiarygodnej odpowiedzi na postawione pytania, poprzez zaznaczenie właściwej odpowiedzi.

Wypełnij formularz zgodnie z prawdą!

Oświadczenie

Imię i nazwisko:

PESEL:

Tel. do kontaktu:

Adres Zamieszkania:

WYWIAD KLINICZNY

Czy występują u Pana/Pani następujące objawy?		Data wystąpienia objawów
Gorączka 38 stopni i wyżej	TAK NIE	
Czy zażywa Pani/Pan leki obniżające temperaturę	TAK NIE	
Kaszel, biegunka, nudności, wymioty, zaburzenia węchu i smaku	TAK NIE	
Trudności z oddychaniem/duszności/trudności w nabraniu powietrza	TAK NIE	
Bóle mięśni/zmęczenie	TAK NIE	
Inne objawy ze strony układu oddechowego (jeśli tak proszę wymienić jakie...?)	TAK NIE	
Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe(jeśli tak proszę wymienić jakie?)	TAK NIE	

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Ocena zarażenia korona wirusem SARS-cov-2 wywołujące chorobę COVID 19 (dotyczy ostatnich 14 dni) . Proszę wypełnić bez względu na objawy.

Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywała Pan(i)/dziecko/ podopieczny/któryś z domowników za granicą?	TAK	NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miała Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała za granicą? Jeśli TAK proszę wymienić jaki.....	TAK	NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miała Pan(i) kontakt z osobą chorą/podejrzaną o zakażenie COVID-19? Jeśli TAK proszę wymienić jaki?.....	TAK	NIE
Czy Pan(i)/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)	TAK	NIE

Data i podpis pacjenta

.....