ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI PACJENTA

Do jakiej poradni?	
Do którego lekarza?	
Data	
Nazwisko i imię	
Pesel	
Adres zamieszkania/pobytu	
Telefon kontaktowy	

1. Czy miał(a) Pan/Pani wykonane badanie w kierunku wykrycia RNA wirusa SARS-CoV-2?
   Tak Nie
   Data badania.....
   Wynik badania:
   Ujemny Dodatni

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan/Pani na kwarantannie?
   Tak Nie

3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał(a) Pan/Pani kontakt z osobą, u której wykryto RNA wirusa SARS-Cov-2?
   Tak Nie

4. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy:
   Gorączka Kaszel Uczucie duszności
   Tak Nie

.....

Podpis pacjenta