**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

**DATA**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA PESEL**

**NUMER TELEFONU DO KONTAKTU**

**E-MAIL**

**TEMPERATURA CIAŁA**

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

⃝ 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 380C

⃝ Kaszel

⃝ Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

4) Czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą chorą?

⃝ Tak

⃝ Nie

5) Czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?

⃝ Tak

**⃝** Nie

Podpis