

## **ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

A: Imię i Nazwisko pacjenta .....

B: Imię i Nazwisko .....

Numer telefonu do kontaktu, e-mail opiekuna .....

- 1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie w raportach WHO na stronie <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>)**  
A:  Tak  Nie  
B:  Tak  Nie
- 2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?**  
A:  Tak  Nie  
B:  Tak  Nie
- 3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie w raportach WHO na stronie <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>)**  
A:  Tak  Nie  
B:  Tak  Nie
- 4. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?**  
A:  Tak  Nie  
B:  Tak  Nie
- 5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?**  
A:  Tak  Nie  
B:  Tak  Nie
- 6. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?**  
A:  Tak  Nie  
B:  Tak  Nie

Ja niżej podpisana/y, oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą) a w przypadku gdy okaże się, że jestem chora/y – również na odpowiedzialność karną

nr	Data	Czytelny podpis osoby A i/lub B
A		
B		

## ANKIETA AKTUALIZACYJNA

A: Imię i Nazwisko pacjenta .....

B: Imię i Nazwisko .....

Numer telefonu do kontaktu, e-mail opiekuna .....

**1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?**

A:  Tak  Nie

B:  Tak  Nie

**2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie w raportach WHO na stronie <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>)**

A:  Tak  Nie

B:  Tak  Nie

**3. Czy występują u Pana(i) objawy?**

A:  Gorączka powyżej 38°C  Kaszel  Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

B:  Gorączka powyżej 38°C  Kaszel  Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

nr	Data	Uwagi*	Czytelny podpis osoby .....
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

\*- W uwagach zaznaczyć, w którym punkcie i dla kogo nastąpiła zmiana (wpisać jaka) lub wpisać b/z (bez zmian)