

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA PACJENTA

Proszę wypełniać literami drukowanymi

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon kontaktowy/ e-mail:

Czy w ciągu 14 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2, przebywa na kwarantannie lub izolatorium **TAK / NIE**

Czy w ciągu ostatnich 14 dni u kogoś z domowników występowały objawy : infekcja dróg oddechowych, gorączka, ból głowy i mięśni, dreszcze, zmęczenie, wymioty lub/i biegunka **TAK / NIE**

Czy w ciągu ostatnich 14 dni był/a Pan/ Pani leczona w szpitalu **TAK / NIE**

Czy jest Pan/ Pani zaszczepiona przeciw COVID-19 **TAK / NIE**

Nazwa szczepionki I dawka: data II dawka

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy chorował/a PAN / PANI na COVID-19 **TAK / NIE**

UWAGA! Proszę sprawdzić dodatni wynik pacjenta w „Krajowym rejestrze medycznym COVID-19”

Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowały objawy

	Tak	Nie	Jeśli TAK- proszę wpisać od kiedy (data)
Infekcja dróg oddechowych			
Gorączka			
Ból głowy			
Ból mięśni			
Dreszcze			
Zmęczenie			
Wymioty			
Biegunka			

Data, podpis pacjenta: