



Imię i Nazwisko PESEL

Numer telefonu/e-mail do kontaktu.....

***zakreśl prawidłową odpowiedź**

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?
NIE, TAK
2. Czy w okresie ostatnich 10 dni brał/a Pan/i udział w masowych imprezach (wesela, koncerty inne)?
NIE, TAK
3. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
NIE, TAK
4. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
NIE, TAK
5. Czy obecnie występują u któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?
NIE, TAK
6. Czy występują u Pana/i objawy infekcji układu oddechowego:
Nie, TAK - jakie (podkreśl):
 - gorączka powyżej 38°C,
 - kaszel,
 - uczucie duszności lub trudności w nabraniu powietrza,
 - zaburzenia węchu i smaku,
 - znaczne osłabienie i zmęczenie,
 - bóle mięśniowo-stawowe
 - biegunka.

INFORMACJA:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Poz.	Data	Czytelny podpis pacjenta
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		