

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM (poprawna odpowiedź w kółko)

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA:

Czy w przebiegu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka?	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Duszności	TAK	NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	TAK	NIE
Czy przebywa Pani / Pan na kwarantannie?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przebiegu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	TAK	NIE
Czy podróżował/a Pan/i w przebiegu ostatnich dwóch tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok)		
Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok)		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z stanem na dzień

Na wizytę, proszę przychodzić punktualnie (bez osób towarzyszących, do dziecka jeden rodzic). O ewentualnej zmianie godzin będziemy Państwa informować. Na recepcji może przebywać tylko dwóch pacjentów.

Proszę **WYPEŁNIONĄ ankietę** odesłać drogą mailową lub wysłać zdjęcie sms do godziny 10:00 w dniu wizyty.

Nie wysłanie wypełnionej ankiety automatycznie wizyta jest odwołana.

Kolejna wizyta będzie ustalona w terminie nie priorytetowym.

Data i podpis Lekarza

Data i podpis Pacjenta