

Warszawa dnia

Dane pacjenta.....
imię i nazwisko PESEL.....
Adres: zamieszkania/ pobytu.....
telefon / email.....
cel wizyty (Poradnia / Oddział)**ANKIETA WSTĘPNEJ SEGREGACJI PACJENTA I WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY**

- Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą , u której potwierdzono zakażenia koronawirusem SARS CoV-2? **TAK NIE**
Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy) od – do
- Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą objętą kwarantanną? **TAK NIE**
Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy) od – do
- Czy przebywał/a Pan/Pani na kwarantannie domowej? **TAK NIE**
Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy) od – do
- Czy w ostatnich 14 dni występowały u Pani/Pana następujące objawy

OBJAWY	NIE	TAK	jeśli TAK od kiedy początek – data
Temperatura powyżej 37° C			
Kaszel			
Duszność			
Utrata węchu lub zaburzenie smaku o nagłym początku			

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadom(a), że w przypadku ewentualnego zakażenia wirusem SARS CoV-2 podanie nieprawdziwych danych może narazić innych pacjentów oraz personel medyczny na konsekwencje zdrowotne.

.....
Podpis Pacjenta

W przypadku objawów chorobowych lub odpowiedzi TAK – skontaktować się z lekarzem prowadzącym/skierować pacjenta do lekarza POZ lub na SOR

Temperatura ciała°C

Data godzina

.....
**Podpis i pieczętka pracownika SKDJ UCK WUM
przeprowadzającego wywiad**