

**ABY ZMNIĘSZYĆ RYZYKO ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ KORONAWIRUSA,  
PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNIE ZE STANEM FAKTYCZNYM**

IMIĘ I NAZWISKO:	DATA:		
PESEL:	NR TEL.:		
Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiły u Pana/Pani:	Prosimy wstawić znak X		
Gorączka powyżej 38°C	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Kaszel	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Katar	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub przypadkiem prawdopodobnym)?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy w okresie ostatnich dwóch tygodni przebywał/a Pan/i w rejonach transmisji koronawirusa?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w regionie, w którym potwierdzono przypadki koronawirusa?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych koronawirusem?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia, grypy lub duszności?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy została na Pana/Panią nałożona kwarantanna?	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<p><b>PO ZAPOZNANIU SIĘ Z POWYŻSZĄ ANKIETĄ PRZEZ LEKARZA, DZISIEJSZA WIZYTA MOŻE ZOSTAĆ ODROZCZONA, Z UWAGI NA BEZPIECZEŃSTWO INNYCH PACJENTÓW I PERSONELU MEDYCZNEGO</b></p>			
Czytelny podpis Pacjenta:			
Podpis lekarza:			