

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

DATA i GODZINA	
IMIE I NAZWISKO	
PESEL	
NUMER TELEFONU DO KONTAKTU	
ADRES	
E-MAIL	

1) Czy występują u Pana(i) objawy infekcji dróg oddechowych ?

- Gorączka
 Kaszel
 Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

Inne objawy

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) poza granicami Polski lub miał(a) Pan(i) kontakt z osobami, które powróciły z zagranicy?

- Tak
 Nie

3) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

- Tak
 Nie

4) Czy jest pan(i) obecnie objęta kwarantanną

- Tak
 Nie

5) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą objętą kwarantanną?

- Tak
 Nie

Pomiar temperatury ciała:

.....
PODPIS PACJENTA