

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DO BADANIA

Imię i nazwisko

Data wypełnienia ankiety

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Wynik pomiaru
temperatury:**

Podpis pracownika

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywała/przebywał Pani/Pan w rejonach transmisji koronawirusa lub miała/miał Pani/Pan kontakt z osobą, która przebywała w krajach, w których występował koronawirus?
Lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miała/miał Pani/Pan kontakt z osobą, w której potwierdzono zakażenie SARS CoV-2?

3. Czy Pani/Pana dziecko/podopieczny lub ktoś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

4. **Czy występują u Pani/Pana objawy?**

Gorączka powyżej 38°C

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabieraniu powietrza

5. Czy była/był Pani/Pan w ciągu ostatniego miesiąca w szpitalu?

Jeśli TAK, to kiedy?

Na jakim oddziale?

Z jakiej przyczyny?

Jestem świadoma/my, iż przez złożenie nieprawdziwego oświadczenia narażam na niebezpieczeństwo zdrowie i życie swoje, innych pacjentów, personelu medycznego oraz personelu administracyjnego placówki, w której będę miała/miał wykonywane badanie.

Oświadczam iż ww. dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Data

Czytelny podpis pacjenta