

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
NUMER TELEFONU	
E-MAIL	

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS – CoV-2?
- Tak
- Nie
- 2) Czy występują u Pana(i) objawy?
- Gorączka powyżej 38°C
- Kaszel
- Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza
- Utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej
- Inne objawy wskazujące na infekcję
- Nie
- 3) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana(i) dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS – CoV-2? (Dotyczy tylko opiekunów dziecka)
- Tak
- Nie
- 4) Czy występują u Pana(i) dziecka objawy? (Dotyczy tylko opiekunów dziecka)
- Gorączka powyżej 38°C
- Kaszel
- Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza
- Utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej
- Inne objawy wskazujące na infekcję
- Nie
- 5) Temperatura ciała w dniu wizyty .....
- 6) Temperatura ciała dziecka w dniu wizyty .....

Data

Podpis pacjenta