

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

Imię i nazwisko

PESEL.....

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni zaobserwowała/ł Pani/Pan u siebie objawy infekcji układu oddechowego, takie jak: gorączka, kaszel, bóle mięśni, bóle głowy, duszności, problemy z oddychaniem?

☐ TAK☐ NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą zarażoną, bądź z podejrzeniem zarażenia koronawirusem?

☐ TAK☐ NIE

.....

data i czytelny podpis Pacjenta