

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

Imię i nazwisko PESEL.....

1. Czy w ciągu ostatnich 10 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 10 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą zarażoną, bądź z podejrzeniem zarażenia koronawirusem?

TAK

NIE

.....

data i czytelny podpis Pacjenta