

**PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZA STANEM  
FAKTYCZNYM (poprawa odpowiedź w kółko )**

IMIĘ I NAZWISKO:.....

DATA:.....

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka ?	TAK	NIE
Kaszel ?	TAK	NIE
Katar ?	TAK	NIE
Duszności ?	TAK	NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną ?	TAK	NIE
Czy przebywała Pani /Pan na kwarantannie?	TAK	NIE
Czy miała Pan /Pani bliski kontakt z osobą ,u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?(kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	TAK	NIE
Czy miała Pan /Pani bliski kontakt z osobą ,która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała / przebywała w rejonie ,w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2 ?	TAK	NIE
Czy pracował/a Pan/Pani lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej,w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	TAK	NIE

Czy miał/a Pan/Pani w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności ?	TAK	NIE
Czy podróżował/a Pan/ Pani w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w rejonie ,w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-Cov_2 ?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok)		
Temperatura ciała w dniu wizyty(proszę wpisać obok)		

Oświadczam ,że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień przyjęcia .

Na wizytę proszę przychodzić punktualnie (bez osób towarzyszących ,wizyty dzieci z jednym z rodziców ).O ewentualnej zmianie godziny będziemy Państwa informować .W klinice może przebywać tylko jeden pacjent.

Data i podpis Lekarza

Data i podpis Pacjent