

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI PACJENTA W ZAKRESIE  
ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

**I. DANE DOTYCZĄCE PACJENTA**

DATA : \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_ r.

IMIĘ I NAZWISKO Pacjenta: .....PESEL \_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO: .....

NUMER TELEFONU DO KONTAKTU: .....

**1)** Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której podejrzewano/potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?: **Tak**  **Nie**

**2)** Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która była poddawana kwarantannie?:  
**Tak**  **Nie**

**3)** Czy w ciągu ostatnich 24 godzin stosował Pan(i) leki przeciwbólowe? **Tak**  **Nie**

**4)** Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u Pana(i) następujące objawy (odpowiednie zaznaczyć):

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
temperatura $\uparrow$ 38°C			
kaszel,			
duszność			
Inne (zaburzenia smaku, zaburzenia węchu, biegunka, trudności w oddychaniu, ból gardła)			

.....  
Czytelny podpis Pacjenta  
(w przypadku osoby niepełnosprawnej – opiekuna prawnego)

**II. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Oświadczam, że powyższa część ankiety została wypełniona zgodnie z prawdą, co potwierdzam poniżej własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy(a), że podanie prawdziwych informacji jest niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa innych Pacjentów i Personelu 1 WSzK.

.....  
Czytelny podpis Pacjenta  
(w przypadku osoby niepełnosprawnej – opiekuna prawnego)

**III. POMIAR TEMPERATURY U PACJENTA/OPIEKUNA \***

Pomiar w dniu wizyty:

1. Temperatura ciała pacjenta .....
2. Temperatura ciała opiekuna .....

.....  
Podpis pracownika

\* wypełnia wyznaczony pracownik 1WSzK