



ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI (COVID-19)

Data

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu do kontaktu, e-mail

(proszę o zakreslenie właściwej odpowiedzi)

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2 lub jest ono prawdopodobne?

TAK / NIE

2. Czy jest Pan(i), dziecko lub ktoś z Państwa domowników obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK / NIE

3. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji?

TAK, jakie / NIE

- gorączka powyżej 38°C
- bóle mięśni
- kaszel, duszność
- inne np. zanik węchu i smaku

4. Czy przez ostatnie 4 godziny zażywał/a Pan(i) środki obniżające temperaturę ciała (leki przeciwzapalne, przeciwbólowe, przeciwgorączkowe)?

TAK / NIE

Podpis pacjenta.....

Informacja dodatkowa

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SPZZLO Warszawa – Żoliborz, ul. Karola Szajnochy 8, 01-637 Warszawa. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są dostępne na stronie: <https://spzzlo.pl/pl/ochrona-danych>

Wynik pomiaru temperatury ciała

Czytelny podpis osoby wykonującej pomiar temperatury.....