**ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania / pobytu …………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………………………............................................

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? **TAK / NIE**

Jeśli tak, to kiedy?.......................................................................................................................................................................................

Czy w **ciągu ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy: **(odpowiednie zakreślić)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NIE** | **TAK** | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
| Temperatura powyżej 38 st. C |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszność |  |  |  |

Ciepłota ciała……………… st. C

Podpis pielęgniarki

NFORMACJA: Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory/a - również na odpowiedzialność karną.

……………………………. …………………………………………………….

Data Podpis