

<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA/OPIEKUNA*</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Numer telefonu do kontaktu</b>	
<b>E-mail</b>	

**1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/dziecko za granicą rejonach transmisji koronawirusa?**

- TAK  
 NIE

**2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko bezpośredni kontakt z:**

- a) Osobą zakażoną COVID -19? TAK / NIE  
b) Osobą podejrzaną o zakażenie COVID -19? TAK / NIE  
c) Osobą będącą w izolacji/kwarantannie TAK / NIE

**3. Czy w okresie ostatnich 14 dniach korzystał(a) Pan(i)/dziecko z usług medycznych w szpitalu/SOR -e**

- TAK  
 NIE

**4. Czy występują u Pana(i)/dziecka objawy?**

- Temperatura wyższa niż 37,3<sup>0</sup> C  
 Kaszel  
 Problemy z oddychaniem lub uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza  
 Uczucie zmęczenia lub silne osłabienie  
 Bóle mięśniowe  
 Utrata węchu lub smaku  
 Biegunka  
 Inne nietypowe objawy (zapytać i zapisać jakie?): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Temperatura ciała: .....**

<b>DATA WYPEŁNIENIA</b>	
<b>CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA*</b>	
<b>PIECZĄTKA I CZYTELNY PODPIS OSOBY ZBIERAJĄCEJ DANE</b>	

\* - w przypadku osoby niepełnoletniej/niepełnosprawnej wypełnić ankietę dodatkowo dla opiekuna

<sup>1</sup> w wypadku pacjenta niepełnoletniego lub ubezwłasnowolnionego albo niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody, oświadczenie zgody składa jego pełnomocnik prawny (oświadczenie opiekuna faktycznego może być złożone, gdy chodzi o badanie pacjenta nie przedstawiające podwyższonego ryzyka). W wypadku niepełnoletniego, który ukończył 16 r.ż., lub ubezwłasnowolnionego, ale zdolnego do wyrażenia swego stosunku do leczenia, oświadczenie składają oba podmioty