

Ankieta kwalifikacji wstępnej pacjenta, przed zgłoszeniem się na badania do przychodni

data wypełnienia.....

.....

(Imię i nazwisko)

Proszę wypełniać formularz tuż przed przyjściem do przychodni

1. Czy w okresie ostatniego miesiąca miał(a) Pan(i) dziecko (którego dotyczy wizyta) kontakt z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

TAK

NIE

2. Czy w okresie ostatniego miesiąca miał ktoś z Pani(a) dziecka (którego dotyczy wizyta) domowników kontakt z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano zakażenie koronawirusem SARS CoV-2,?

TAK

NIE

3. Czy w okresie ostatniego miesiąca ktoś z Pana(i) dziecka (którego dotyczy wizyta) domowników przebywał lub przebywa na kwarantannie?

TAK

NIE

NIE DOTYCZY

4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał (a) Pan/Pani dziecko (którego dotyczy wizyta) kontakt z kimś, kto wrócił z rejonu o dużej i utrwalonej transmisji infekcji koronawirusa SARS CoCV-2?

TAK

NIE

NIE DOTYCZY

5. Czy występują u Pana(i) dziecka (którego dotyczy wizyta) objawy (zaznacz w przypadku występowania)?

Gorączka powyżej 38 st.C.

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabieraniu powietrza

6. Czy u kogoś z domowników występują objawy (zaznacz w przypadku występowania)?

Gorączka powyżej 38 st.C.

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabieraniu powietrza

Oświadczenie:

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(czytelny podpis)