

**ANKIETA W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM ZAKAŻENIA
KORONAWIRUSEM SARS CoV-2**

Imię i Nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania/zameldowania

Telefon kontaktowy
.....

Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS CoV-2 ?

TAK / NIE

Czy w chwili podlega Pan/Pani obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu?

TAK / NIE

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u Pana/Pani następujące objawy:

Temperatura powyżej 37,5 st. C TAK / NIE

Objawy przeziębienia – katar, drapanie w gardle TAK / NIE

Kaszel TAK / NIE

Duszność TAK / NIE

Inne objawy TAK / NIE (proszę opisać)

.....
data

.....
podpis pacjenta / opiekuna prawnego

Pomiar temperatury w WOMP Kędzierzyn-Koźle

Podpis osoby dokonującej pomiaru