

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

(Ankieta co miesiąc należy załączyć do karty wizyt)

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu .....

Adres e-mail .....

1. Czy w okresie ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

- Tak
- Nie

2. Czy w okresie ostatnich 10 dni brał/a Pan/i udział w masowych imprezach (wesela, koncerty inne)?

- Tak
- Nie

3. Czy Pana(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

- Tak
- Nie

4. Czy występuje u Pana(i) któryś z poniższych objawów?

- Gorączka powyżej 38°C
- Kaszel
- Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza
- Zaburzenia węchu i smaku
- Powyższe objawy nie występują

5. Czy obecnie lub w ostatnich 10 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

- Tak
- Nie

6. Czy przechodził Pan(i) COVID-19?

- Tak
- Nie

Jeżeli Tak proszę podać datę wystąpienia pierwszych objawów .....

7. Czy jest Pan/Pani w pełni zaszczepiony/a przeciwko COVID-19?

- Tak
- Nie
- 1 dawka szczepionki

