

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię:

Nazwisko:

Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania /z kodem pocztowym/:

.....
.....

Telefon kontaktowyAdres e-mail.....

1. Czy miał/a Pani/Pan potwierdzoną chorobę COVID – 19 ? Tak Nie

2. Jeśli tak to kiedy?

3. Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono chorobę COVID – 19 ? Tak Nie

4. Jeśli tak, to z kim (proszę podać imię, nazwisko, telefon, adres danej osoby)

.....
.....
.....

5. Jeśli tak, to kiedy? (data lub przedział czasowy od—do)

.....

6. Czy w ciągu ostatnich 72 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

OBJAWY	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura >38 °C			
Kaszel			
Duszność			
Utrata węchu i/lub smaku			

Temperatura ciała (w momencie przyjęcia)..... ° C

Oświadczenie

Świadomy zagrożenia epidemiologicznego i konsekwencji, jakie może spowodować podanie przeze mnie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane informacje są prawdziwe, zgodne z moim aktualnym stanem wiedzy. Zobowiązuję się, że w razie zdobycia informacji o nieznanym mi obecnie okolicznościach, niezwłocznie poinformuję o tym personel szpitala.

.....

(data i podpis)

Adres zameldowania:

Miejsce urodzenia i wykształcenie:

Kraj pochodzenia:

Dane osoby upoważnionej do informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji pacjentki :

1. Nazwisko i imię:
2. Adres zamieszkania:
3. Numer telefonu:
4. Stopień pokrewieństwa:
5. Wykształcenie: