

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko pacjenta :.....PESEL:

Adres zamieszkania/ pobytu:

.....

Telefon kontaktowy: Adres e-mail:

Oświadczam, że w dniu: nie jestem objęta/y izolacją, kwarantanną ani nadzorem epidemicznym.

Niniejszym oświadczam:

1. Czy ktoś z Pani/ Pana domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym, izolacją lub kwarantanną?

Tak	
Nie	

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni przed wizytą akredytacyjną miała Pani/miał Pan kontakt z osobą chorą na SARS-coV-2 lub z osobą podejrzaną o zakażenie, lub skierowaną do izolacji

Tak	
Nie	

3. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u Pani/Pana objawy wskazujące na chorobę zakaźną (np. temperatura >38C, kaszel, duszność, bóle mięśniowe, zaburzenia węchu)?

Tak	
Nie	

Data, podpis pacjenta:

.....