



DATA

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DO BADANIA

IMIĘ I NAZWISKO

NUMER PESEL

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywała/przebywał Pani/Pan w rejonach transmisji korona wirusa lub miała/miał Pani/Pan kontakt z osobą, która przebywała w krajach, w których występował korona wirus? Lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl **TAK / NIE**
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miała/miał Pani/Pan kontakt z osobą, w której potwierdzono zakażenie SARS CoV-2? **TAK / NIE**
3. Czy Pani/Pana dziecko/podopieczny lub ktoś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)? **TAK / NIE**
4. Czy występują u Pani/Pana objawy? Gorączka powyżej 38°C Kaszel Uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza **TAK / NIE**
5. Czy była/był Pani/Pan w ciągu ostatniego miesiąca w szpitalu?

KIEDY?

NA JAKIM ODDZIALE?

Z JAKIEJ PRZYCZYNY ?

Jestem świadoma/my, iż przez złożenie nieprawdziwego oświadczenia narażam na niebezpieczeństwo zdrowie i życie swoje, innych pacjentów, personelu medycznego oraz personelu administracyjnego placówki, w której będę miała/miał wykonywane badanie.

OŚWIADCZAM IŻ WW DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM

PODPIS PACJENTA