

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ

Zaznaczone gwiazdką pola są obowiązkowe

Data *

Imię i nazwisko Pacjenta/Pacjentki

Pesel *

Adres zamieszkania/pobytu *

Numer Telefonu do kontaktu *

Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan/Pani w rejonach transmisji koronawirusa ? *
(lista krajów publikowana jest codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

TAK NIE

Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan/Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem , SARS CoV-2 lub przebywającą na kwarantannie ?*

TAK NIE

Czy w okresie ostatnich 14 dni potwierdzono u Pana/Pani zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?*

TAK NIE

Czy występują lub w ostatnich dniach występowały u Pana/Pani następujące objawy:

Gorączka powyżej 38 ° C ? * TAK NIE

Kaszel? * TAK NIE

Uczucie duszności ?* TAK NIE

Trudności w nabraniu powietrza ? * TAK NIE

Wysypka ? * TAK NIE

Biegunka ? * TAK NIE

Bóle kostno-stawowe ? * TAK NIE

Utrata lub pogorszenie węchu ? * TAK NIE

Utrata lub pogorszenie smaku ? * TAK NIE

Zapalenie spojówek ? * TAK NIE

Ból gardła ? * TAK NIE

Zespół grypowy ? * TAK NIE

Czy w dniu dzisiejszym przyjmował Pan/Pani jakikolwiek lek w którego składzie jest Paracetamol , Ibuprofen. Kwas acetylosalicylowy? * TAK NIE

Jakiej konsultacji lub jakiego świadczenia medycznego Pan/Pani oczekuje? (proszę dokładnie określić, rodzaj świadczenia medycznego np. USG, pobranie krwi itd., rodzaj konsultacji, ewentualnie nazwisko lekarza)