



### ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko Pacjenta .....

Imię i Nazwisko Rodzica/Opiekuna .....

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni Pani (a) dziecko/podopieczny(a) miał(a) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

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

Tak

Nie

4. Czy obecnie występują u Pana(i), dziecka/podopiecznego(ej) lub któregoś z domowników objawy ( podwyższona temperatura ciała, kaszel, duszności)?

Tak

Nie

5. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni występowały u Pana(i), dziecka/podopiecznego(ej) lub któregoś z domowników wyżej wymienione objawy?

Tak

Nie

**DATA**

**PODPIS**