



Ankieta pacjenta zgłaszającego się do Poradni Ortopedycznej w związku z wprowadzonym stanem epidemii w RP

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Dane osobowe:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania/ pobytu: _____

Telefon kontaktowy: _____

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?

TAK / NIE

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy [od –do]):

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

Objawy	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura powyżej 38°C			
Kaszel			
Duszność			

Karta badania pielęgniarского

Ciepłota ciała°C

Data:

godzina:

podpis pracownika:

podpis Pacjenta:
