

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Imię i nazwisko.....

Data.....

1. Czy ma Pan/Pani/dziecko ma jakiegokolwiek objawy infekcji takie jak, katar, kaszel, osłabienie gorączka?
Tak Nie*
2. Czy w/w objawy występowały w ciągu ostatnich dwóch tygodni u kogoś z Państwa domowników?
Tak Nie
3. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni Pan/Pani/dziecko lub któryś z domowników przebywał za granicą?
Tak Nie
4. Czy Pan/Pani/dziecko lub ktoś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?
Tak Nie
5. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni miał Pan/Pani/dziecko kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem?
Tak Nie

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

pomiar temperatury.....