

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

<b>DATA</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>NUMER TEL DO KONTAKTU</b>	
<b>E-mail</b>	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub występowały objawy takie jak gorączka, rozbicie i zmęczenie, kaszel i duszności?
  - TAK
  - NIE
2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowały lub występują u Pana(i) objawy?
  - Gorączka powyżej 38°C
  - Kaszel
  - Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza
  - Luźne stolce oraz rozbicie, zmęczenie
  - Utrata węchu i smaku

**Podpis Pacjenta lub jego Opiekuna**

**DATA I GODZINA:**.....

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019r. poz 1239 1495 oraz z 2020r. poz. 284 i 322)
2. Ustaw a dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020r.poz 374

**Chory skierowany do:**

- Kwarantanny domowej z powiadomieniem PSSE – tel. **609 794 670**
- Do Szpitala Zakaźnego lub wyznaczonego innego szpitala
- Do przyjęcia na oddział Szpitala Certus
- Do Ambulatorium/CM1/CM2/CM3/CM4/CM5 (właściwe podkreślić)
  - na konsultację w gabinecie.....
  - do laboratorium
  - do pracowni.....

**UWAGI:** .....

.....

.....

Podpis rejestratorki

Podpis lekarza  
(w razie konieczności wywiadu lub konsultacji)