

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM

(poprawna odpowiedź w kółko)

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA:

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiły u Pani/Pana ?		
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Duszności	TAK	NIE
Utrata węchu i/lub smaku	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	TAK	NIE
Czy przebywała/przebywa Pani/Pan na kwarantannie?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu wizyty <i>(proszę wpisać obok)</i>		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z stanem na dzień

.....

Data i podpis Lekarza

.....

Data i podpis Pacjenta