

## ANKIETA KWALIFIKACJI WSTĘPNEJ

Pacjent: ..... PESEL: .....

Rodzic / opiekun prawny: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

1. Czy w ostatnich 14 dniach **pacjent / rodzic / opiekun prawny lub inna osoba zamieszkująca wspólnie**, przebywała za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)).

TAK     NIE

2. Czy w ostatnich 14 dniach osoby wymienione w pkt 1. miały kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

TAK     NIE

3. Czy w ostatnich 14 dniach osoby wymienione w pkt 1. miały kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)).

TAK     NIE

4. Czy osoby wymienione w pkt 1. są obecnie objęte nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

TAK     NIE

5. Czy u osób wymienionych w pkt 1. występują objawy infekcji (gorączka, kaszel, uczucie duszności, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

TAK     NIE     Inne nietypowe, proszę podać jakie: .....

.....  
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego oraz pacjenta powyżej 16ego r.ż.