Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny
dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju

ORD

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Pacjent: …… PESEL: …….

Rodzic / opiekun prawny: …….

Telefon: …… e-mail: …….

1. Czy w ostatnich 14 dniach **pacjent / rodzic / opiekun prawny lub inna osoba zamieszkująca wspólnie** miał kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

☐ TAK ☐ NIE

2. 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).

☐ TAK ☐ NIE

3. 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: ……

Lp.	Data świadczenia	Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego oraz pacjenta powyżej 16 r.ż.