

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

<b>DATA</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>NUMER TELEFONU DO KONTAKTU</b>	

### Zaznacz właściwe:

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

TAK       NIE

2) Czy występują u Pana(i) objawy?

GORĄCZKA POWYŻEJ 38°C       TAK       NIE

UCZUCIE DUSZNOŚCI – TRUDNOŚCI W NABRANIU POWIETRZA       TAK       NIE

KASZEL       TAK       NIE

3) Czy przebywa Pan(i) na kwarantannie, bądź jest poddana(y) izolacji w warunkach domowych?

TAK       NIE

4) Czy ktoś z domowników przebywa na kwarantannie, bądź jest poddana izolacji w warunkach domowych?

TAK       NIE

.....  
CZYTELNY PODPIS PACJENTA

## KARTA BADANIA PRZESIEWOWEGO

BADANIE PRZY WEJŚCIU DO CM OLSZTYŃSKA

Temperatura ciała .....

.....  
Podpis pracownika

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

<b>DATA</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/ OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ</b>	
<b>NUMER TELEFONU DO KONTAKTU</b>	

### Zaznacz właściwe:

**1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?**

TAK       NIE

**2. Czy występują u Pana(i) objawy?**

GORĄCZKA POWYŻEJ 38°C       TAK       NIE

UCZUCIE DUSZNOŚCI – TRUDNOŚCI W NABRANIU POWIETRZA       TAK       NIE

KASZEL       TAK       NIE

**3. Czy przebywa Pan(i) na kwarantannie, bądź jest poddana(y) izolacji w warunkach domowych?**

TAK       NIE

**4. Czy ktoś z domowników przebywa na kwarantannie, bądź jest poddana izolacji w warunkach domowych?**

TAK       NIE

.....  
CZYTELNY PODPIS RODZICA / OPIEKUNA PACJENTA

## KARTA BADANIA PRZESIEWOWEGO

BADANIE PRZY WEJŚCIU DO CM OLSZTYŃSKA

Temperatura ciała PACJENTA ..... Temperatura ciała RODZICA / OPIEKUNA .....

.....  
Podpis pracownika