

Kwestionariusz dotyczący zdrowia 2020

Imie, Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Data: _____

Ocena stanu zdrowia - ryzyko infekcji / Korona wirus

Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani/Pan gorączkę (powyżej 38°C)?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy miała Pani/Pan dreszcze?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy ma Pani/Pan utratę węchu lub smaku?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy miała Pani/Pan uporczywy kaszel?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy ma Pani/Pan ból gardła?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy ma Pani/Pan katar (nie uczuleniowy/sienny)?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy ma Pani/Pan biegunkę?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy Pani/Pana stan zdrowia zmienił się w ciągu ostatnich 14 dni?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy jakiś członek rodziny lub bliska Pani/Panu osoba lub ktos z kim Pani/Pan miała kontakt cierpi na powyższe objawy?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy w ciągu ostatnich 14 dni kontaktowała się Pani/Pan świadomie z osobą, która ma dodatni wynik na korona wirus (COVID-19)?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy świadomie była Pani/Pan w kontakcie z osobą podejrzaną o posiadanie nowego wirusa korona (COVID-19) w ciągu ostatnich 14 dni?	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie
Czy miała Pani/Pan już kiedyś dodatni wynik korona/SARS-CoV-2 ? Jeśli tak, to kiedy? _____	<input type="radio"/> tak	<input type="radio"/> nie

Podpis pacjenta_____
Podpis pracownika Kliniki