|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka? |  TAK | NIE |
| Kaszel |  TAK | NIE |
| Katar |  TAK | NIE |
| Duszności |  TAK | NIE |
| Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną? |  TAK | NIE |
| Czy przebywa Pani / Pan na kwarantannie? |  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 miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2? |  TAK  | NIE |
| Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2? |  TAK  | NIE |
| Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności/przebywającymi na kwarantannie? |  TAK  | NIE |
| Czy podróżował/a Pan/i w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2? |  TAK  | NIE |
| Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok) |   |  |
| Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok) |   |  |
|  |  |  |

**PROSZĘ ZAKREŚLIĆ W KÓŁKO ODPOWIEDŹ ZGODNĄ ZE STANEM FAKTYCZNYM**

**Imię i nazwisko……………………………………………………………………… Data…………………**

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z stanem na dzień ………………………………………………**

 **…………………………………………………………….. ……………………………………………………………………**

 **Data i podpis Lekarza/ Asysty Data i podpis Pacjenta**