

TEMPERATURA CIAŁA W DNIU ZGŁOSZENIA

NAZWISKO IMIĘ

Adres PESEL

tel.

Czy występowały lub występują u Pan/i następujące objawy (obecnie lub w okresie ostatnich 14 dni):		
Temperatura ciała >38 C	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Trudności w oddychaniu	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i kontakt z osobą chorą na koronawirusa?	TAK	NIE
Czy podejrzewa Pan/i , że mógł/mogła zakazić się koronawirusem?	TAK	NIE
Pana/i wątpliwości		

.....
data i podpis pacjent

TEMPERATURA CIAŁA W DNIU ZGŁOSZENIA

NAZWISKO IMIĘ

Adres PESEL

tel.

Czy występowały lub występują u Pan/i następujące objawy (obecnie lub w okresie ostatnich 14 dni):		
Temperatura ciała >38 C	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Trudności w oddychaniu	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i kontakt z osobą chorą na koronawirusa?	TAK	NIE
Czy podejrzewa Pan/i , że mógł/mogła zakazić się koronawirusem?	TAK	NIE
Pana/i wątpliwości		

.....
data i podpis pacjenta