

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Prosimy o wypełnienie wszystkich danych

Data

Pełne imię i nazwisko

PESEL

Nr telefonu

1. Czy występują u Pana objawy infekcji dróg oddechowych?

- Gorączka  
 Kaszel  
 Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza  
 Inne objawy

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał Pan poza granicami Polski?

- Tak  
 Nie

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

- Tak  
 Nie

\_\_\_\_\_  
Podpis Pacjenta