



Ankieta wstępnej kwalifikacji pacjenta zgłaszającego się do szpitala - aktualizacja

1. DANE OSOBOWE Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Czy jest Pani/Pan poddany
- **kwarantannie** lub **izolacji domowej**? **TAK/ NIE ***

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do).....

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby).....

3. Czy przebył Pani/Pan **zakażenie COVID-19**? **TAK/ NIE ***

4. Czy przebył Pani/Pan **szczepienie COVID-19**? **TAK/ NIE ***

5. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały objawy *:

OBJAW	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura > 38 st.C			
Kaszel			
Duszność			

6. Czy w ciągu ostatnich 48 godzin
Pani/Pan przyjmował **leki przeciwgorączkowe**? **TAK/ NIE ***

7. **Pomiar temperatury** przed wejściem do szpitala - st. C

8. **Świadom(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (Art. 233 KK) oświadczam iż podane w w/w ankiecie informacje są zgodne z prawdą.**

.....

Data i podpis pacjenta

.....

(podpis osoby przyjmującej)

* (odpowiednie zakreślić)