

NZOZ Centrum
11 Listopada 87
05-070 Sulejówek

KORONAWIRUS SARS-CoV-2

.....
imię i nazwisko Pacjenta/ Opiekuna data

.....
numer PESEL Pacjenta/ data urodzenia

1. Czy zaobserwowałeś u siebie objawy takie jak: gorączka > 38° C, kaszel, duszność, problemy z oddychaniem?
TAK / NIE*
Jeśli tak:
Data wystąpienia objawów.....
Inne objawy grypopodobne.....
2. Czy miałeś kontakt z osobą z podejrzeniem lub zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2?
TAK / NIE*
Jeśli tak:
Data ostatniego kontaktu.....
3. Czy występują w Twoim otoczeniu (dom, praca) choroby zakaźne np.: grypa, odra, ospa wietrzna*, inne?.....

.....
podpis Pacjenta

*Niepotrzebne skreślić