

## Ankieta zdrowotna/epidemiologiczna

**Imię**

**Nazwisko**

**Pesel**

Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą poddaną kwarantannie lub chorym na COVID-19?

Tak

Nie

Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani poniższe objawy:

– gorączka

Tak

Nie

– kaszel

Tak

Nie

– odkasztuszanie płucociny

Tak

Nie

– trudności w oddychaniu/duszności

Tak

Nie

– brak apetytu

Tak

Nie

– biegunka

Tak

Nie

– wymioty

Tak

Nie

– zaburzenia smaku

Tak

Nie

– uczucie zmęczenia

Tak

Nie

– bóle mięśni, stawów, głowy

Tak

Nie

Czy dzisiaj przyjmował/a Pan/Pani którykolwiek z leków zawierających:

– paracetamol

Tak

Nie

– ibuprofen

Tak

Nie

– kwas acetylosalicylowy

Tak

Nie

Proszę właściwie podkreślić.

Proszę wpisać nazwy zażywanych dziś leków:

.....  
.....  
.....  
.....

Oświadczam, świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, iż wszystkie podane informacje są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Data

Czytelny podpis pacjenta  
/ opiekuna prawnego