



**NZOZ Nasza Przychodnia
Samsonów 24
26-050 Zagnańsk**

Data:.....

Imię i nazwisko pacjenta		
PESEL pacjenta		
Adres pacjenta:		
Numer telefonu pacjenta:		
Czy w ostatnich 14 dniach miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 lub przebywał/a Pan/Pani w rejonach występowania zachorowań?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowo od-do):		
Czy obecnie jest Pan/Pani w nadzorze epidemiologicznym/w czasie kwarantanny/ na zwolnieniu lekarskim?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:		
a. Objawy przeziębieniowe np. katar, drapanie w gardle	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
b. Inne (jakie?):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
c. Temperatura powyżej 37,8 °C	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
d. Kaszel	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
e. Dusznosc	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Podpis pacjenta:.....

Pomiar temperatury wykonany w NZOZ Nasza Przychodnia:.....

Podpis osoby wykonującej pomiar temperatury:.....