



RESMED

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania/ pobytu:

Telefon kontaktowy.....

Mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych przez Centrum Medyczne RESMED.

Oświadczam, że poniższe dane są zgodne z prawdą.

Podpis Pacjenta/ data.....

Wywiad:

<i>WYSZCZEGÓLNIENIE</i>	<i>NIE</i>	<i>TAK</i>	<i>TAK-od ilu dni</i>
Czy jest Pani/Pan obecnie poddana/y kwarantannie ?			
Czy powrócił/a Pan/Pani w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy?			
Czy miał/a Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19 ?			
Czy miał/a Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie?			
Czy miał/a Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich 14 dni powróciła z zagranicy?			

Stan ogólny obecnie:

<i>WYSZCZEGÓLNIENIE</i>	<i>NIE</i>	<i>TAK</i>	<i>Jeśli TAK-od ilu dni</i>
Temperatura >j 38 st.C			
Kaszel			
Duszności			
Bóle mięśniowe			
Inne			

Podpis Pacjenta/data/godzina.....