**ANKIETA**

**WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ DO SZPITALA MSWIiA w BIAŁYMSTOKU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** |  | | | | | **GODZ.** | | |  | | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** |  | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **NUMER TELEFONU DO KONTAKTU** |  | | | | | | | | | | | | |

1. CZY W OKRESIE OSTATNICH 14 DNI PRZEBYWAŁ/A PAN/PANI W REJONACH (zagranicą, w kraju) TRANSMISJI KORONAWIRUSA?

TAK NIE

1. CZY W OKRESIE OSTATNICH 14 DNI PAN/PANI LUB KTÓRYS Z DOMOWNIKÓW BYŁ OBJĘTY NADZOREM EPIDEMIOLOGICZNYM/KWARANTANNĄ?

TAK NIE

1. CZY WYSTĘPUJĄ U PANI/PANA OBJAWY:

* GORĄCZKA TAK NIE
* KASZEL TAK NIE
* DUSZNOŚĆ TAK NIE
* UTRATA WĘCHU/

ZABURZENIE SMAKU TAK NIE

*CZYTELNY PODPIS PRACOWNIKA MEDYCZNEGO CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA*

………………………………………………………….. ………………………………………………………..