

		TAK	NIE
1	Czy Pan/Pani/ podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest objęty nadzorem epidemiologiczn ym lub kwarantanną?		
2	Czy obecnie występują u Pana/Pani/ podopiecznego objawy infekcji (gorączka, katar, kaszel, problemy z oddychaniem, ból gardła, wysypka, bóle mięśni, biegunka, inne?)		

3	<p>Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 2 tygodni występowały u Państwa domowników objawy infekcji (gorączka, katar, kaszel, problemy z oddychaniem, ból gardła, wysypka, bóle mięśni, biegunka, inne?</p>		
4	<p>Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miał Pan/Pani/ podopieczny (lub ktoś z domowników) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS Cov-2?</p>		
5	<p>Czy w ostatnim czasie Miał Pan/ Pani kontakt z osobą poddaną kwarantannie?</p>		

6	Czy przebywał/a Pan/Pani w ostatnich 14 dniach w miejscach, gdzie stwierdzono ognisko koronawirusa lub miał kontakt z osobą u której wykryto SARS-CoV-2?		
7	Czy przyjmował/a Pan/Pani leki p/zapalne w dniu dzisiejszym?		

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art.233 &1 i &6 Kodeksu Karnego), oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są prawdziwe i zgodne z rzeczywistością.

Data:

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna