

Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa, oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/podopieczny w kwarantannie? TAK/NIE

Czy Pan/ Pani kontakt z osoba w kwarantannie lub zakażoną? TAK/NIE

Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? TAK/NIE

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? TAK/NIE

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ? TAK/NIE

Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa/Państwa dziecka/Podopiecznego

.....

Data czytelny podpis pacjenta/opiekuna