Imię i nazwisko, data urodzenia

..............................................................................

Pesel

..............................................................................

Numer kontaktowy

..............................................................................

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

1. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni był/a Pan/Pani za granicą? **TAK/NIE**
2. Czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, która wróciła w ciągu ostatnich 2 tygodni z zagranicy? **TAK/NIE**
3. Czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobą zarażoną koronawirusem? **TAK/NIE**
4. Czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobą która jest obecnie na kwarantannie? **TAK/NIE**
5. Czy ma Pan/Pani gorączkę? **TAK/NIE**
6. Czy ma Pan/Pani kaszel? **TAK/NIE**
7. Czy ma Pan/Pani bóle mięśni? **TAK/NIE**
8. Czy ma Pan/Pani duszności? **TAK/NIE**
9. Czy czuje Pan/Pani osłabienie lub zmęczenie? **TAK/NIE**
10. Czy oświadcza Pan/Pani, iż w trakcie pobierania zabiegów **NIE** będzie się świadomie kontaktował/a z osobami chorymi i pozostającymi na kwarantannie? **TAK/NIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr | Data | Czytelny podpis |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |