



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W KATOWICACH
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
DZIAŁ KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNY
41-200 Sosnowiec, ul. Staszica 44a

Sekretariat fax 32 290 44 65
tel. 32 290 44 56, 32 290 44 66
rejestracja@womp.info
www.womp.info

Sąd Rejonowy w Katowicach
Wydział VIII Gospodarczy
KRS 0000040776
NIP 9542260742
REGON 270170649

ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

Dane osobowe osoby badanej:

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Adres zamieszkania / pobytu.....

Telefon kontaktowy opiekuna prawnego

Czy osoba badana miała kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 (zaznacz właściwe)

NIE

TAK

Czy obecnie osoba badana jest objęta nadzorem epidemiologicznym, kwarantanną lub izolacją?

NIE

TAK

Czy osoba badana miała kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?

NIE

TAK

Czy w **ciągu ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK- od kiedy początek (data)
Objawy przeziębienia (katar, drapanie w gardle)			
Temperatura powyżej 37,5 st. C			
Kaszel			
Trudność w nabieraniu powietrza			
inne			

Data i podpis osoba badanej i opiekuna prawnego

.....