



ANKIETA W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMICZNYM ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2

Questionnaire in connection the SARS-CoV-2 coronavirus epidemic

Imię i nazwisko pacjenta: _____
Patient's name

Numer PESEL pacjenta: _____
Date of birth

Adres miejsca zamieszkania pacjenta: _____
Address of residence

Numer telefonu do kontaktu: _____
Contact telephone number

1. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

In the last 24 hours have you experienced any of the following symptoms):

a. Objawy przeziębieniowe np. katar, drapanie w gardle TAK/ YES NIE/ NO
Cold symptoms, e.g. runny nose, sore throat

b. Inne TAK/ YES NIE/ NO
Other

Jeśli tak, proszę wpisać jakie: _____
If yes, please list:

c. Temperatura powyżej 37,8°C TAK/ YES NIE/ NO
Temperature above 37.8°C

d. Kaszel TAK/ YES NIE/ NO
Cough

e. Duszność TAK/ YES NIE/ NO
Shortness of breath

f. Ból gardła TAK/ YES NIE/ NO
Sore throat

g. Objawy podrażnienia i zapalenia spojówek TAK/ YES NIE/ NO
Symptoms of irritation and conjunctival changes

h. Utrata zmysłu węchu lub smaku TAK/ YES NIE/ NO
Loss of sense of smell or taste

2. Czy w ostatnich 14 dniach miała Pani/miał Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 lub z kimś, kto miał którykolwiek z wyżej wymienionych objawów?

In the past 14 days have you had contact with any persons with confirmed SARS-CoV-2 infection or with anyone who has any of the symptoms listed above?

TAK/ YES NIE/ NO

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do): _____
If so, when (date or time period from - to):

3. Czy obecnie jest Pani/Pan w nadzorze epidemiologicznym lub w czasie kwarantanny?

Are you currently under epidemiological supervision or under quarantine?

TAK/ YES

NIE/ NO

4. Jeśli wykryto u Pani/Pana zakażenie SARS-CoV-2, to czy posiada Pani/Pan zaświadczenie lekarskie o wyzdrowieniu?

If you have been SARS-CoV-2 positive and recovered, do you have certified medical evidence of clearance?

NIE DOTYCZY/ NOT APPLICABLE

TAK/ YES

NIE/ NO

Wszystkie powyżej podane przeze mnie dane są prawdziwe zgodnie z moją najlepszą wiedzą, a ich prawdziwość potwierdzam złożonym poniżej własnoręcznym podpisem.

All of the above data provided by me is true according to my best knowledge, and their correctness is confirmed by my signature placed below.

Podpisano w _____ (miasto) w dniu _____ r.
Signed in _____ (city) on _____

Czytelny podpis pacjentki/pacjenta: _____
Legible signature of the patient

Pomiar temperatury wykonany w klinice InviMed: _____
Temperature measurement taken at the InviMed clinic

Data i podpis pracownika kliniki InviMed przyjmującego ankietę i wykonującego pomiar temperatury:
Date and signature of the employee of the InviMed clinic accepting the questionnaire and taking the temperature measurement
