

Ankieta Pacjenta zgłaszającego się do Galen Rehabilitacja w związku z wprowadzonym stanem epidemii w RP

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

I. Dane osobowe:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania/ pobytu: _____

Telefon kontaktowy: _____

II. Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?

TAK / NIE

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy [od –do]):

III. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura powyżej 38 st. C			
Kaszel			
Duszność			

IV. **Karta badania pielęgniarstwa**

Ciepłota ciałast. C

Data:

Godzina:

Podpis pracownika:

Podpis Pacjenta: