

### ANKIETA TRIAŻOWA:

Imię, nazwisko pacjenta .....

Numer PESEL: .....

Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem (SARS-CoV-2).

Tak

Nie

Czy występują u Pana(i) objawy:

Gorączka

Kaszel

Uczucie duszności- trudności w nabraniu powietrza

Czy jest Pan(i) w okresie kwarantanny lub izolacji

Tak

Nie

Data wypełnienia ankiety: .....

Czytelny podpis pacjenta / opiekuna .....

Czytelny podpis / pieczęć osoby prowadzącej wywiad.....