



Białostockie
Centrum
Onkologii

Ankieta wstępnej kwalifikacji pacjenta zgłaszającego się do szpitala

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

1. DANE OSOBOWE Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania/pobytu.....

Telefon kontaktowyAdres e- mail

2. 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).....

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby).....

3. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały objawy*:

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

4. Czy w ciągu ostatnich 48 godzin Pani/Pan przyjmował leki przeciwgorączkowe? tak/nie*

5. Pomiar temperatury przed wejściem do szpitala.....

6. Świadom/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (Art. 233 KK) oświadczam iż podane w w/w ankiecie informacje są zgodne z prawdą.

.....

.....

Data i podpis pacjenta

podpis osoby przyjmującej

*(odpowiednie zakreślić)