

**Oświadczenie pacjenta
(Koronawirus SARS-CoV-2)**

Data

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą , u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?

- TAK
- NIE

2. Czy występują u Pana/Pani poniższe objawy?

- Gorączka powyżej 38 C
- Kaszel
- Uczucie duszności- trudności w nabieraniu powietrza.

.....

podpis pacjenta

proszę podkreślić właściwą odpowiedź

**Oświadczenie pacjenta
(Koronawirus SARS-CoV-2)**

Data

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą , u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?

- TAK
- NIE

2. Czy występują u Pana/Pani poniższe objawy?

- Gorączka powyżej 38 C
- Kaszel
- Uczucie duszności- trudności w nabieraniu powietrza.

.....

podpis pacjenta

proszę podkreślić właściwą odpowiedź