

RENORT USŁUGI MEDYCZNE
IMROTH, PIOTROWSKI, TYSZKO-BURY SPÓŁKA JAWNA
ul. Leonida Teligi 5
02-777 Warszawa
NIP: 9512431297 REGON: 366673126
Telefon: 226430175
Przychodnia Renort
I/V cz. kodu res. 000000191399/01

Nr pacjenta:

.....
data

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Nazwisko i imię:

PESEL:

Nr telefonu:

1. Czy w okresie ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

- Tak
 Nie

2. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

- Tak
 Nie

3. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

- Tak
 Nie

4. Czy obecnie lub w ostatnich 10 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

- Tak
 Nie

5. Czy przechodził Pan(i) COVID-19?

- Tak
 Nie

Jeżeli Tak proszę podać datę wystąpienia pierwszych objawów

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowaw-czą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory/a - również na odpowiedzialność karną.

.....
czytelny podpis