

**PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM** *(poprawna odpowiedź w kółko)*

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka?	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Duszności	TAK	NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	TAK	NIE
Czy przebywa Pani/Pan na kwarantannie?	TAK	NIE
Czy miała Pani/Pan bliski kontakt z osobą u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy miała Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	TAK	NIE
Czy podróżował/a Pan/i w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę <i>(proszę wpisać obok)</i>		
Temperatura ciała w dniu wizyty <i>(proszę wpisać obok)</i>		

**IMIĘ I NAZWISKO:** .....

**DATA:**.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień .....

Na wizytę proszę przychodzić punktualnie (bez osób towarzyszących, do dziecka jeden rodzic). O ewentualnej zmianie godzin będziemy Państwa informować. Na recepcji może przybywać tylko jeden pacjent.

Proszę **WYPEŁNIONĄ ankietę** odesłać drogą mailową lub wysłać zdjęcie SMS do godziny 8 w dniu wizyty.

Jeśli nie otrzymamy wypełnionej ankiety, wizyta jest automatycznie odwołana.

Kolejna wizyta będzie ustalana w terminie nie priorytetowym.