



ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO-UZDROWISKOWE  
im. dr. Adama Szebesty w Rabce-Zdroju Sp. z o.o.

## ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA PRZY PRZYJĘCIU (COVID-19)

|                          |  |         |  |
|--------------------------|--|---------|--|
| Data                     |  | Godzina |  |
| Imię i nazwisko pacjenta |  |         |  |
| PESEL / data urodzenia   |  |         |  |

1. Czy w okresie ostatnich 14 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 ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?  
 TAK     NIE

### 5. Dodatkowy wywiad\*

.....  
.....  
.....

### OŚWIADCZENIE

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

.....  
Czytelny podpis pacjenta/opiekuna

.....  
Czytelny podpis pracownika zbierającego wywiad

**UWAGA:** W przypadku odpowiedzi pozytywnej (TAK) na przynajmniej jedno pytanie powiadomić lekarza dyżurnego i pokierować pacjenta do miejsca wyznaczonego do izolacji!!!

\*pole niewymagane, należy uzupełnić stosownie do potrzeb