

# WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY w kierunku ryzyka zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2\*

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie  
Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Krakowie

<b>NAZWISKO I IMIĘ</b>																					
<b>PESEL</b>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>																					
<b>NUMER TELEFONU</b>																					
<b>E-mail</b>																					
<b>DATA</b>																					

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS- CoV-2 ?

Tak  Nie

2. Czy występują u Pana(i) objawy?

	TAK	NIE
Gorączka powyżej 38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczucie duszności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podpis pacjenta

\*Dołącz do dokumentacji pacjenta