Nazwa placówki **Centrum Rehabilitacyjno Medyczne NEUROMED S.C.**

**ANKIETA AKTUALIZACYJNA**

Imię i Nazwisko

PESEL

Numer telefonu do kontaktu E-mail

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

O Tak

O Nie

1. **Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie w raportach WHO na stronie https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports)**

O Tak

O Nie

1. **Czy występują u Pana(i) objawy?**

O Gorączka powyżej 38°C

O Kaszel

O Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nr** | **Data** | **Czytelny podpis** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
| **11** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nr** | **Data** | **Czytelny podpis** |
| **12** |  |  |
| **13** |  |  |
| **14** |  |  |
| **15** |  |  |
| **16** |  |  |
| **17** |  |  |
| **18** |  |  |
| **19** |  |  |
| **20** |  |  |
| **21** |  |  |
| **22** |  |  |
| **23** |  |  |
| **24** |  |  |
| **25** |  |  |
| **26** |  |  |
| **27** |  |  |
| **28** |  |  |
| **29** |  |  |
| **30** |  |  |
| **31** |  |  |
| **32** |  |  |
| **33** |  |  |
| **34** |  |  |
| **35** |  |  |
| **36** |  |  |
| **37** |  |  |
| **38** |  |  |
| **39** |  |  |
| **40** |  |  |