

**ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA COVID-19:**

Data	
Imię i nazwisko Pacjenta	
Data urodzenia	
Nr telefonu do kontaktu	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan/i kontakt z osobą, u której potwierdzono Covid-19?

- TAK                       NIE

Jeśli TAK , to kiedy (data lub przedział czasowy od-do).....

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowały u Pani/Pana następujące objawy?:

- gorączka
- kaszel
- problemy z oddychaniem lub duszność
- utrata węchu i/lub smaku
- nietypowe bóle mięśni, stawów, bóle głowy, gardła
- biegunka/ wymioty
- inne nietypowe objawy.....
- brak

3. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy chorował/a Pan/i na Covid-19?

- TAK              Kiedy.....
- NIE

Czy zachorowanie było potwierdzone testem antygenowym lub PCR (wymaz z nosogardła) ?

- TAK                       NIE

4. Czy był/a Pan/i szczepiona szczepionką przeciw Covid-19?

- TAK                       jednodawkową ( preparat Johnson&Johnson)
- dwudawkową (preparat firmy Pfizer/BioNtech, Moderna, Astra Zeneca)
- NIE

5. Jeśli TAK, to czy w przypadku szczepionki dwudawkowej przyjął Pan/przyjęła Pani już drugą dawkę szczepionki:

- TAK                       NIE

6. Jeśli zakończył/a Pan/i cały cykl szczepienia, to czy od daty podania drugiej dawki szczepionki w przypadku szczepionek dwudawkowych lub od daty podania szczepionki jednodawkowej upłynęło już 14 dni?

- TAK                                       NIE

podpis pacjenta

podpis osoby sprawdzającej