

Ankieta przed wykonaniem badania na obecność we krwi przeciwciał przeciwko
koronawirusowi SARS-CoV-2¹.

Data:	
Imię i nazwisko :	
PESEL :	Numer telefonu:
Adres zamieszkania	
Ulica:	Nr domu/nr mieszkania:
Kod pocztowy:	Miasto:

1. Czy w ostatnim czasie miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, u której stwierdzono lub podejrzewa się zakażenie SARS-CoV-2?

TAK NIE

2. Czy przebywał/a Pan/Pani za granicą Polski?

a) do 14 dni przed badaniem: TAK NIE

b) od 14 do 30 dni przed badaniem: TAK NIE

Proszę podać nazwę kraju

3. Czy aktualnie lub w ciągu ostatnich 2 tygodni występowały u Pana/Pani któreś z wymienionych objawów? Jeżeli któryś z objawów był lub jest obecny, należy podać ile dni temu się rozpoczęły.

<input type="checkbox"/> gorączka (temperatura >38°C) dni temu
<input type="checkbox"/> kaszel dni temu
<input type="checkbox"/> duszność dni temu
<input type="checkbox"/> ból gardła dni temu
<input type="checkbox"/> dreszcze dni temu
<input type="checkbox"/> wymioty dni temu
<input type="checkbox"/> biegunka dni temu

.....
(data i podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

¹ Podstawa prawna:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta.