NZLŚ POFAM-POZNAŃ
ul. Garczyńskiego 15/17
61-527 Poznań

Oświadczenie

Oświadczenie dotyczące pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL.....

Ja .....

niżej podpisany(a)*

Adres zamieszkania /pobytu .....

Telefon kontaktowy .....

Adres e-mail .....
świadom(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

Czy pacjent i /lub Pani/Pan miał/a kontakt w ciagu ostatnich 14 dni z osobą :

- u której potwierdzono zakażenie Sars-CoV-2 ? TAK NIE

- która została objęta kwarantanną / nadzorem epidemiologicznym? TAK NIE

Czy w ciągu **ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

	NIE	TAK
Temperatura powyżej 38st C		
Kaszel		
Duszność		
Bóle mięśniowe		
Biegunka		
Wymioty		

....
data podpis