

HELIOMED  
Zegara Słonecznego 6 m. 5  
26-600 Radom

## Ankieta pacjenta zgłaszającego się na wizytę

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:


PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania/ pobytu

Telefon kontaktowy

Adres e- mail

(odpowiednie podkreślić)

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?

NIE | TAK

Czy jest Pani/Pan osobą podlegającą kwarantannie?

NIE | TAK

Czy mieszka Pani/Pan w jednym gospodarstwie domowym z osobą podlegającą kwarantannie?

NIE | TAK

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

	NIE	TAK
Temperatura powyżej 38 st. C		
Kaszel		
Duszność		
Bóle mięśniowe		

Data

podpis pacjenta