

**W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o wypełnienie ankiety i
podpisanie zgody**

Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni przebywał/a Pan/Pani za granicą? TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą z zagranicy? TAK NIE

Czy w ciągu ostatniego tygodnia wystąpiły u Pana/Pani objawy grypy? (kaszel, katar, ból gardła, gorączka) TAK NIE

Czy w dniu dzisiejszym występują u Pana/Pani objawy grypopodobne (kaszel, katar, ból gardła, gorączka) TAK NIE

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na zmierzenie temperatury przez Lekarza podczas wizyty? TAK NIE

Jak się Pani/Pan dziś czuje?

Po zapoznaniu się Lekarza z odpowiedziami na powyższą ankietę dzisiejsza wizyta, ze względu na bezpieczeństwo innych pacjentów i personelu medycznego może zostać przesunięta na inny termin.

Data i podpis Pacjenta

.....

Data i podpis Lekarza

.....