

Przed wejściem do gabinetu prosimy o przečyčtanie ankiety

1. Czy występują u Pana/Pani objawy takie jak:
 - Gorączka lub występujące naprzemiennie objawy: dreszcze/pocenie się lub stan podgorączkowy (temperatura od 37,5)
 - Kaszel (najczęściej suchy, ale również z odkaszczaniem wydzieliny)
 - Duszność / trudności w oddychaniu
2. Czy występują u Pana/Pani dodatkowe objawy takie jak:
 - Bóle mięśniowe często połączone ze zmęczeniem
 - Ból głowy
 - Ból gardła
 - Wymioty
 - Biegunka
 - Nagła utrata węchu/smaku
 - Objawy zapalenia spojówek (swędzenie, pieczenie, zaczerwienienie oczu)
3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której rozpoznano lub podejrzewa się zakażenia koronawirusem?
 - TAK
 - NIE
4. Czy zamieszkiwał Pan/Pani z osobą zakażoną lub przybywającą na kwarantannie
 - Czy miał Pan/Pani bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną (np. podanie ręki)
 - Czy miał Pan/Pani bezpośredni kontakt bez zabezpieczenia z wydzielinami osoby zakażonej
(np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenia na kaszel osoby chorej)
 - Czy przybywał Pan/Pani w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) osoby chorej przez dowolny czas
 - Czy przybywał Pan/Pani w odległości 2 metrów od osoby zakażonej przez czas dłuższy niż 15 minut w innych sytuacjach niż wymienione powyżej
 - Czy zajmował Pan/Pani miejsce w zbiorowych środkach transportu w pobliżu osoby zakażonej (2 miejsca w każdym kierunku od osoby zakażonej)?

**Jeśli twoje odpowiedzi są pozytywne –
zadzwoń w celu przełożenia wizyty**