



ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

Dane osoby towarzyszącej w porodzie:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania/ pobytu:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

Podpis, data

WYWIAD	NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni
Czy jest Pan/i obecnie poddany/a kwarantannie?			
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2			

Stan ogólny obecnie	NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni
Temperatura ciała > 37,5 °C			
Kaszel			
Duszność			
Nagła utrata węchu, smaku lub zaburzenia smaku			
Inne			

Podpis / data / godzina

Pomiar temperatury ciała°C

Podpis osoby przyjmującej / data / godzina