

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

<i>Data</i>	
<i>Imię i Nazwisko</i>	
<i>PESEL</i>	
<i>Telefon kontaktowy</i>	

1. Czy w okresie 14 dni przebywał Pan/Pani poza granicami kraju ?

<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą , u której potwierdzono zakażenie koronawirusem COVID-19 lub osobą przebywającą na kwarantannie ?

<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE

3. Czy występują u Pana/Pani lub kogoś z domowników następujące objawy ?

<input type="checkbox"/>	gorączka powyżej 38 st.
<input type="checkbox"/>	kaszel
<input type="checkbox"/>	uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza
<input type="checkbox"/>	biegunka

Ja niżej podpisany/a mając na uwadze zwiększone ryzyko epidemiologiczne zakażeń COVID-19 świadomie wyrażam zgodę na wizytę w Przychodni BIOVENA

Podpis przyjmującego.....

PODPIS

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

<i>Data</i>	
<i>Imię i Nazwisko</i>	
<i>PESEL</i>	
<i>Telefon kontaktowy</i>	

1. Czy w okresie 14 dni przebywał Pan/Pani poza granicami kraju ?

<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą , u której potwierdzono zakażenie koronawirusem COVID-19 lub osobą przebywającą na kwarantannie ?

<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE

3. Czy występują u Pana/Pani lub kogoś z domowników następujące objawy ?

<input type="checkbox"/>	gorączka powyżej 38 st.
<input type="checkbox"/>	kaszel
<input type="checkbox"/>	uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza
<input type="checkbox"/>	biegunka

Ja niżej podpisany/a mając na uwadze zwiększone ryzyko epidemiologiczne zakażeń COVID-19 świadomie wyrażam zgodę na wizytę w Przychodni BIOVENA

Podpis przyjmującego.....

PODPIS