

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup
ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup
tel. 77/40 32 850 fax. 77/40 32 853

Sąd Rejonowy w Opolu, VIII Wydział Gospodarczy
Krajowego Rejestru Sądowego, KRS : 0000514922
Wysokość kapitału zakładowego 11 900 000 PLN (w pełni wpłaconego)
NIP: 991-04-98-289, REGON:530938517
Nr rach. Bankowego: 67 1540 1229 2001 4603 4005 0001

Szpital Pulmonologiczno - Reumatologiczny w Kup

Tel: 774032850, Fax: 774032853
I-9463 V-009 VIII- 4900

Kup, dn. _____

**Ankieta pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia
koronawirusem SARS-COV-2**

Nazwisko i imię: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania/ pobytu _____

Telefon kontaktowy _____ Adres e- mail _____

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną

(data i podpis Pacjenta)

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

TAK / NIE

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do) _____

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby) _____

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

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura > 38 st. C			
Kaszel			
Duszność			
Utrata węchu			
Utrata smaku			
Bóle mięśniowe			

Karta badania

Ciepłota ciałast. C

Liczba oddechów/min, Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem
atmosferycznym SaO2%

Data _____ godzina _____

(podpis/pieczątka pielęgniarki lub ratownika)