



CENTRUM TERAPII MANUALNEJ

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Imię i Nazwisko _____

data urodzenia / PESEL _____

numer tel. kontaktowego _____

e-mail _____

	data wizyty	data wizyty	data wizyty	data wizyty	data wizyty
Czy w okresie ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS COV-2?	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Czy występują u Pana(i) objawy?	<input type="radio"/> gorączka pow. 38°C <input type="radio"/> kaszel <input type="radio"/> uczucie duszności <input type="radio"/> nie występują	<input type="radio"/> gorączka pow. 38°C <input type="radio"/> kaszel <input type="radio"/> uczucie duszności <input type="radio"/> nie występują	<input type="radio"/> gorączka pow. 38°C <input type="radio"/> kaszel <input type="radio"/> uczucie duszności <input type="radio"/> nie występują	<input type="radio"/> gorączka pow. 38°C <input type="radio"/> kaszel <input type="radio"/> uczucie duszności <input type="radio"/> nie występują	<input type="radio"/> gorączka pow. 38°C <input type="radio"/> kaszel <input type="radio"/> uczucie duszności <input type="radio"/> nie występują
data wypełnienia					
podpis Pacjenta					