



CENTRUM TERAPII MANUALNEJ

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko _____

data urodzenia / PESEL _____

numer tel. kontaktowego _____

e-mail _____

1. Czy w okresie ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS COV-2?

tak

nie

2. Czy Pan(i) / dziecko / podopieczny lub ktoś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

tak

nie

3. Czy występują u Pana(i) lub u któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, gardła, inne nietypowe)?

tak

nie

4. Czy ww. objawy w okresie ostatnich 10 dniach występowały u Pana(i) lub kogoś z domowników

tak

nie

.....
data

.....
czytelny podpis Pacjenta
lub osoby przeprowadzającej ankietę telefonicznie