

Proszę zaznaczyć odpowiednie pola



COVID-19

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

Kod ośrodka

--	--	--	--	--	--

Kod oddziału

--	--	--	--	--	--

Numer pacjenta

--	--	--

1. Czy aktualnie (DZISIAJ) chorujesz na COVID-19?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

2. Czy uzyskałeś pozytywny wynik testu na COVID-19 w ciągu ostatniego:

- ☐ 0-3 miesięcy ☐ 3-6 miesięcy ☐ 6-12 miesięcy ☐ > 1 rok? ☐ Nigdy

3. Czy byłeś hospitalizowany podczas zakażenia COVID-19?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Dziękujemy!