

Proszę zaznaczyć odpowiednie pola



## COVID-19

Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod ośrodka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod oddziału	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Numer pacjenta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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!**