

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!**