

Fundacja Godula-Hope

NZOZ GENOM

ul. Główna 11 Pawilon A1, 41 - 711

Ruda Śląska tel. 322444663, 322444662;

I część kodu resortowego - 000000012517 ;V część kodu resortowego - 01

Kod świadczeniodawcy NFZ 121/207806

Kod komórki * (podkreślić właściwą)

1)Poradnia schorzeń piersi VII 009, VIII 1458

2)Poradnia genetyczna VII 008, VIII 1210

3)Pracownia USG VII 010, VIII 7210

Formularz podejrzenia zakażenia lub choroby zakaźnej w kierunku COVID-19

Imię Nazwisko:

PESEL

adres zamieszkania :

telefon:

Czy w okresie **ostatnich 14** dni Pani / Pan:

- miał/a kontakt z osobą u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2
(kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym) TAK NIE

- miał/a kontakt z osobą, która podróżował/a lub przebywał/a w regionie w którym
utrzymuje się transmisja koronawirusa SARS-CoV-2 TAK NIE

- pracował/a lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce zdrowotnej , w której leczono
pacjentów zakażonych SARS-CoV TAK NIE

- podróżował/a lub przebywał/a w regionie w którym utrzymuje się transmisja koronawirusa
SARS-CoV-2 TAK NIE

- obserwuje u siebie takie objawy jak:

- gorączka TAK NIE

- kaszel TAK NIE

- duszność TAK NIE

.....
data, podpis czytelny pacjenta