**Wywiad SARS CoV-2**

**Imię**

**Nazwisko**

Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub przebywającą na kwarantannie?

 Tak/Nie

Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka Tak/Nie

Kaszel Tak/Nie

Duszność (trudność w nabieraniu powietrza) Tak/Nie