****

**ANKIETA COVID DLA PACJENTA**

**510-090-854**

**UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

NAZWISKO I IMIĘ: ………………………………………………………………………………….……………….……………………………………………………

DATA URODZENIA: ………………………………………………………….………… PESEL: …………………………………………………….………………

ADRES ULICA: ……………………………………………………….……………………… NUMER DOMU: ……………………………………………………

KOD POCZTOWY: ………………………………………………………….. MIEJSCOWOŚĆ: …………………………………………………………………..

TELEFON: ………………………………………………………………… ADRES e-mail: …………………………………………………………………………

NUMER ZLECENIA :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

* BADANIE PRYWATNE
* FAKTURA

DANE DO FAKTURY: ……………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DZIEŃ CHOROBY: ……………………………………….. KTÓRE BADANIE: ………………………………………

PACJENT :

* HOSPITALIZACJA
* KWARANTANNA
* IZOLACJA
* SANATORIUM
* PERSONEL MEDYCZNY
* STUDENT
* INNY

OBJAWY :

* KASZEL
* DUSZNOŚĆ
* GORĄCZKA
* BÓL GARDŁA
* KATAR
* BÓLE KOSTNO-STAWOWE
* UTRATA WĘCHU
* UTRATA SMAKU

 *…………………….…………………………………… ……..…………………………………………………………………………….*

 *Data (podpis pacjent/przedstawiciela ustawowego)*

**UPOWAŻNIENIE DO PRZEKAZYWANIA WYNIKÓW BADAN DROGĄ ELEKTRONICZNĄ**

Ja niżej podpisany upoważniam Specjalmed Sp. z o.o. do przekazania mi wyników moich badań drogą elektroniczną na adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Hasłem weryfikującym są **cztery ostatnie cyfry numeru pesel**

Dobczyce, dnia …………………………………….

…………………………………………………….……….

*(podpis pacjent/przedstawiciela ustawowego)*