

Příjem pacienta k hospitalizaci - Dotazník / COVID-19

Oddělení	
Jméno, příjmení, titul pacienta	
Telefonní číslo pacienta	
Kontakt s nemocnými osobami	ANO NE
Kontakt s osobami v karanténě	ANO NE
Máte potíže? (označte níže)	ANO NE
Pokud ANO, upřesněte:	
horečka nad 37,3°C	ANO NE
kašel	ANO NE
potíže s dýcháním	ANO NE
ztráta čichu	ANO NE
jiné (specifikujte – např. průjem)	ANO NE
Naměřená TT sestrou	°C
Podpis pacienta	
Datum vyhotovení / čas	
Podpis sestry	
Poznámky	