

III. INNE INFORMACJE

1. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rrrr)

/ /

2. Szczepienia*

☐ Tak

☐ Nie

Jeżeli tak, podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia.....

3. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła)

4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym

☐ Tak

☐ Nie

5. Skierowano do szpitala

☐ Tak

☐ Nie

Jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala

6. Zakażenie szpitalne

☐ Tak

☐ Nie

7. Pobyt za granicą w okresie narażenia

☐ Tak

☐ Nie

Jeżeli tak, podać kraj(e) pobytu i datę przyjazdu/powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej

* Dotyczy chorób, którym można zapobiegać drogą szczepień.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczęćka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis