

OŚWIADCZENIE

....., dn.....

.....  
Imię i nazwisko Pacjentki/a

.....  
Data urodzenia                      numer telefonu

1. Czy obecnie występują u Pani/Pana objawy przeziębienia (katar, kaszel, ból gardła, podwyższona temperatura ciała):

TAK                       NIE

2. Czy przebyłam/em Covid-19 – data .....

.....  
*Podpis badanego  
rodzica lub opiekuna prawnego  
w przypadku osoby niepełnoletniej*

.....  
*Data i podpis pracownika DKD, w którego obecności złożono powyższe oświadczenie*