



**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. Pieczętka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy: ..... 3. Podpis .....