

Ankieta wstępnej kwalifikacji do osobistej wizyty w gabinecie

DATA: GODZINA : TEMPERATURA: TEMP. PODOPIECZNEGO:

IMIĘ I NAWISKO PACJENTA/OPIEKUNA: PESEL:

IMIĘ I NAWISKO PODOPIECZNEGO/DZIECKA PESEL:

Numer telefonu do kontaktu:

Czy u Pana/i lub u podopiecznego/dziecka potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2? (SARS-COV-2 to nowy koronawirus wywołujący chorobę COVID-19)

Tak Nie

Czy występują objawy u Pana(i) lub u kogoś z domowników, lub występowały w ciągu ostatnich 21dni?: (jakiegokolwiek z poniższych)

- temperaturą ciała > 37°C, dreszcze, pocenie się
- kaszel, ból gardła,
- bóle mięśni, osłabienie, bóle głowy
- duszność, trudności w oddychaniu lub radiologiczne objawy zapalenia płuc
- zaburzenia/utrata węchu i/lub smaku
- zapalenie spojówek (swędzenie, pieczenie, zaczerwienienie oczu)
- biegunka, wymioty

Tak Nie

Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a), podróżował(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Tak Nie

Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) styczność z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

Styczność jest definiowana jako: kontakt z wydzielinami dróg oddechowych lub płynów ustrojowych (np. dotykание zużytej chusteczki czy narażenie na kaszel osoby chorej) osoby podejrzaney o zachorowanie wywołane SARS-COV2, kontakt fizyczny taki jak podanie ręki, przebywanie w bliskiej odległości, a także opieka nad taką osobą lub zamieszkiwanie z nią. Dotyczy również osoby podróżujące z osobą podejrzaną o zachorowanie.

Tak Nie

Czy jest Pan(i) objęty/a kwarantanną w związku z trwającą epidemią SARS-COV2(COVID19)?

Tak Nie

Świadomy/a odpowiedzialności karnej zgodnie z artykułem 161 i/lub 165 kodeksu karnego, a także cywilnej zgodnie z artykułem 444 i/lub 445 kodeksu cywilnego, oświadczam, że udzielone przeze mnie powyższe odpowiedzi są zgodne z prawdą.

podpis pacjenta