

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI PACJENTA

Data i godzina	
Temperatura ciała pacjenta	
Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu do kontaktu	
Adres e-mail	

- 1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał Pan/Pani w rejonach transmisji koronawirusa?**
 Tak Nie
- 2. Czy w okresie 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?**
 Tak Nie
- 3. Czy występują u Pana/Pani objawy takie jak?**
 gorączka powyżej 38°C
 kaszel
 uczucie duszności/trudności w nabieraniu powietrza
 utrata węchu o nagłym początku
 utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku
 inne niepokojące objawy dotychczas nie występujące jakie?
.....
 nie występują
- 4. Czy mieszka Pan/Pani z osobą, która w ostatnich 14 dniach?**
 przyjechała z zagranicy
 jest poddana kwarantannie
 nadzorowi epidemiologicznemu
 leczona w szpitalu zakaźnym
 żadne z powyższych

OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany, że przebywając na terenie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, pomimo zastosowania środków ochrony może dojść do zakażenia SARS CoV-2, lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Rozumiem i w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia oraz ryzyko powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

.....
(podpis pacjenta/opiekuna prawnego)