

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? (wywołujący COVID-19)

Tak Nie Kiedy: _____

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

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

Czy w ciągu 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 podejrzanej 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 lub izolacją 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