

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
POMIAR TEMPERATURY <i>(w dniu poprzedzającym wizytę)</i>	
POMIAR TEMPERATURY <i>(w dniu wizyty)</i>	

Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak *Nie*

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

Tak *Nie*

Czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która w okresie ostatnich 14 dni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję LUB też podejrzewa się transmisję SARS-CoV-2?

Tak *Nie*

Czy pracował(a) Pan(i) LUB przebywał(a) jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?

Tak *Nie*

Czy był Pan(i) objęty(a) obowiązkiem kwarantanny?

Tak *Nie*

Czy występują u Pana(i) objawy:

- Gorączka powyżej 38 stopni *Tak* *Nie*
- Kaszel *Tak* *Nie*
- Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza *Tak* *Nie*
- Zapalenie spojówek *Tak* *Nie*

Czy miał Pan(i) w okresie ostatnich 14 dni bezpośredni kontakt z osobami mającymi wyżej wymienione objawy?

Tak *Nie*

Czy przyjmował Pan(i) w dniu wizyty leki zawierające:

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Paracetamol | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| • Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| • Kwas acetylosalicylowy | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| • Pyralginę | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| • Realgin | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| • Nefopam | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| • Sativex | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

Poświadczenie nieprawdy – a co za tym idzie narażenie osób trzecich na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

data i podpis

Podczas przebywania w gabinecie, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina pacjenta).

Zostałem poinformowany o konsekwencjach związanych z leczeniem w okresie pandemii koronawirusa SARS Co-V-2 i ryzyku z tym związanym.

Jestem świadom, że personel medyczny dopełnił wszystkich niezbędnych środków bezpieczeństwa, zarówno w zakresie środków ochrony osobistej jak i zbiorowej przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego, zgodnie z wymogami Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Naczelnej Izby Lekarskiej.

Oświadczam, że jestem świadomy(a) opisanego wyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt.

Wyrażam zgodę na badanie/ leczenie Tak Nie

data i podpis