

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

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

Czy przechodził(a) Pan(i) zakażenie SARS-CoV-2? Jeśli tak, to kiedy?

- TAK (kiedy?.....) NIE

Czy był Pan(i) objęty(a) obowiązkiem kwarantanny? Jeśli tak, to kiedy?

- TAK (kiedy?.....) NIE

Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2, lub która przebywała na kwarantannie?

- 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 występują u Pana(i) objawy:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - gorączka powyżej 38 stopni | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - kaszel | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - zapalenie spojówek | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - utrata smaku i węchu | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - bóle mięśni | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Czy przyjmował(a) Pan(i) w dniu wizyty leki obniżające temperaturę ciała?

- TAK 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-CoV-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 Ministerstwa Zdrowia oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

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

Wyrażam zgodę na badanie/leczenie TAK NIE

.....
data i podpis