

ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ DO SANATORIUM

PODMIOT LECZNICZY	SANATORIUM UZDROWISKOWE ROLNIK ul. Górskiego 14; 24-150 Nałęczów	
IMIĘ, NAZWISKO PACJENTA		
PESEL		
ADRES		
TELEFON KONTAKTOWY		
PLANOWANA DATA ROZPOCZĘCIA TURNUSU:		ZAPROPONOWANA GODZINA PRZYJĘCIA NA LECZENIE:

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych –TAK/NIE

1. ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI DO LECZENIA UZDROWISKOWEGO DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2

Czy jest Pan/Pani lub był/ była zarażona koronawirusem SARS-CoV-2?	TAK / NIE Kiedy?.....
Kiedy miał Pan/Pani robiony TEST wykrywający koronawirusa SARS-CoV-2 i jaki jest wynik testu?	Kiedy?..... Wynik: DODATNI / UJEMNY
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?	TAK / NIE Kiedy?..... Gdzie?.....
Czy u Pana/Pani występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu, inne dolegliwości (np. bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, wymioty, wysypka, zapalenie spojówek, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?	gorączka: TAK/NIE, kaszel: TAK/NIE, duszność: TAK/NIE, trudności w oddychaniu: TAK/NIE, inne dolegliwości – TAK/NIE Jakie:..... Kiedy?.....
Czy u kogoś z Pana/Pani domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości?	TAK/NIE Jakie: Kiedy?.....
Czy Pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym albo poddany izolacji?	TAK / NIE Kto?..... Od kiedy?.....
Czy Pan/Pani w ciągu ostatniego miesiąca przebywał/-a poza granicami Polski?	TAK / NIE Kiedy?..... Gdzie?.....
Czy Pan/Pani w obecnym sezonie był/-a szczepiony/-a przeciw grypie?	TAK / NIE Kiedy?.....

data, podpis osoby zbierającej wywiad

2. WERYFIKACJA EPIDEMIOLOGICZNA W TRAKCIE PRZYJĘCIA PACJENTA DO SANATORIUM

DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA LECZENIA	DATA:	GODZINA:	TEMPERATURA CIAŁA (°C):
WYNIK TESTU rRT-PCR	DATA:	DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)	

Oświadczam, że powyższe informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.

Zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory/a – również na odpowiedzialność karną.

TAK / NIE

data, podpis pacjenta