

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 na Covid-19	DATA:	UJEMNY (NEGATYWNY) DODATNI (POZYTYWNY)	Podpis osoby weryfikującej

3. OŚWIADCZENIE

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.

4. KLAUZULA INFORMACYJNA

Jestem świadomy/a/ faktu, że podczas przebywania w Sanatorium Uzdrowskim Rolnik w Nałęczowie w zbiorowości jaką stanowią kuracjusze SUR, pomimo stosowanych procedur bezpieczeństwa i postępowania oraz zastosowanych środków ochronnych, może dojść do zakażenia koronawirusem SARS-CoV-19.

Rozumiem i podejmuję ryzyko zakażenia oraz wystąpienia powikłań choroby COVID-19 , a także przeniesienia zakażenia na inne osoby, w tym członków mojej rodziny.

data, podpis pacjenta

