

ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ DO SANATORIUM		
PODMIOT LECZNICZY	WZRKiOR w Lublinie 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/-a zarażony/-a koronawirusem SARS-CoV-2?	TAK / NIE Kiedy?.....
Czy Pan/Pani był/-a zaszczepiony/-a przeciw COVID-19?	TAK / NIE Kiedy?..... 1 dawka/kiedy?..... 2 dawka/kiedy?.....
Czy i kiedy miał Pan/Pani robiony TEST diagnostyczny w kierunku SARS-CoV-2? Jaki jest wynik testu?	TAK / NIE Kiedy?..... Rodzaj: RT-PCR/ ANTYGENOWY Wynik: NEGATYWNY/POZYTYWNY
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 ostatnich 14 dniach przebywał/-a poza granicami Polski	TAK / NIE Kiedy?..... Gdzie?.....
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 RT-PCR	DATA:	UJEMNY (NEGATYWNY)/ DODATNI (POZYTYWNY)	
WYNIK TESTU antygenowego	DATA:	UJEMNY (NEGATYWNY) /DODATNI (POZYTYWNY)	

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 Uzdrowiskowym 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-2.

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