

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

W przypadku wizyt dzieci, opiekun dziecka wypełnia dwie ankiety: w imieniu własnym oraz dziecka.

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA	
POMIAR TEMP.	

Podkreśl właściwą odpowiedź:

1. Czy w ciągu ostatnich 24 h wystąpiły u Pana/i objawy infekcji (kaszel, gorączka, ból gardła, duszność, nagła utrata węchu lub smaku lub inne niespecyficzne)?

TAK / NIE

2. Czy obecnie jest Pan/i objęty/a nadzorem epidemiologicznym/kwarantanną/izolacją domową?

TAK / NIE

3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewa się zakażenie koronawirusem SARS Cov-2?

TAK / NIE

Pacjenci przebywający na kwarantannie lub z objawami infekcji mogą zostać przyjęci wyłącznie w trybie telekonsultacji.

Oświadczenie Pacjenta

Świadom zagrożenia epidemiologicznego i konsekwencji, jakie może spowodować podanie przeze mnie informacji niezgodnych z prawdą oraz świadomy/a, jak ważne jest bezpieczeństwo personelu medycznego, aby mógł on nieść pomoc osobom jej potrzebującym, **oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe/zgodne z moim aktualnym stanem wiedzy.**

Zobowiązuję się, że w razie powzięcia informacji o nieznanych mi obecnie okolicznościach, mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo personelu medycznego i pacjentów mających styczność z tym personelem, niezwłocznie poinformuję o tym CM Babka Medica.

Oświadczam, że zostałem pouczone o treści art. 165 K.K., par. 1 pkt. 1:

„Kto sprowadza niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach: 1. Powodując zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie choroby zakaźnej [...] podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

.....
PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA PACJENTA