

data..... miejscowość.....

godzina.....

ANKIETA

Nazwisko

i Imię.....

Pesel

Adres zamieszkania/pobytu.....

Telefon kontaktowy.....

Telefon do bliskiej osoby upoważnionej do kontaktu.....

1. Czy chorowałeś/aś na COVID-19?

TAK / NIE / NIE WIEM

Jeśli TAK, to kiedy? (podaj miesiąc)

2. Czy jesteś zaszczepiony/a przeciwko COVID-19

TAK / NIE

Jeśli tak, to: 1 dawka / 2 dawki

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni (zaznacz prawidłową odpowiedź)

a) wystąpił bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub przypadkiem prawdopodobnym)

TAK / NIE / NIE WIEM

b) pacjent pracował lub przebywał jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV

TAK / NIE / NIE WIEM

4. Czy w ostatnich 14 dniach wystąpił minimum jeden z wymienionych objawów (zaznacz prawidłową odpowiedź):

a) gorączka 38°C lub powyżej **TAK / NIE**

b) kaszel **TAK / NIE**

c) duszność **TAK / NIE**

d) temperatura ciała obecnie lub w wywiadzie >38C **TAK / NIE**

e) utrata węchu lub/i smaku (charakteryzująca się nagłym wystąpieniem) **TAK / NIE**

.....
podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne Medyk Sp. z o.o. Sp. K., zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).