

**Ankieta wstępnej kwalifikacji w kierunku
zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2**



Imię i nazwisko:

PESEL: Data:

Adres:

Telefon: e-mail:

Czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2? TAK NIE

Czy jest Pan/Pani objęta kwarantanną lub czy osoba, z którą Pan/Pani mieszka jest objęta kwarantanną? TAK NIE

Czy występują u Pana/Pani objawy?
- gorączka powyżej 38°C TAK NIE
- kaszel TAK NIE
- duszność TAK NIE

Czy w ostatnich 2 tygodniach przebywał Pan/Pani w rejonach (lub miejscach) wysokiej transmisji koronawirusa SARS-CoV-2? TAK NIE

Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani „tak”, proszę podać szczegóły, daty:

.....
.....
.....

Oświadczenie Pacjenta:

Udzieliłem/-am wszelkich informacji, dotyczących mojego pobytu w rejonach i miejscach, gdzie występuje wysoka transmisja koronawirusa SARS-CoV-2 oraz kontaktu z osobami zakażonymi w ciągu ostatnich 14 dni, a także dotyczących kwarantanny oraz ewentualnych objawów chorobowych. Oświadczam, że informacje te są zgodne z prawdą. Zostałem/-am poinformowany/-a o zagrożeniu zakażeniem koronawirusem oraz o tym, że na chwilę obecną nie są znane wszelkie skutki i ryzyka, związane z tym zagrożeniem. Miałem/-am możliwość zadania wszelkich pytań i na zadane przeze mnie pytania otrzymałem/-am wystarczające i przystępne informacje. Po uzyskaniu powyższych informacji zgadzam się na badanie i leczenie, pomimo podwyższonego ryzyka wywołanego zagrożeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2.

Podpis Pacjenta: