

Szanowny Pacjencie,

W trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego, zgodnie z rekomendacjami GIS-u prosimy o uzupełnienie danych oraz udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko pacjenta										
PESEL lub data urodzenia										
Nr telefonu do kontaktu										
e-mail										

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/Dziecko kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

TAK NIE

2) Czy ktoś z Państwa domowników miał kontakt z osobą zakażoną lub podejrzaną o zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

TAK NIE

3) Czy obecnie występują u Pana(i)/Dziecka objawy infekcji ? NIE TAK, jeżeli tak to jakie:

- Gorączka powyżej 38°C Bóle mięśni Kaszel
- Uczucie duszności Ból gardła Utrata węchu
- inne.....

4) Czy obecnie występują lub w okresie ostatnich 14 dni występowały u domowników wyżej wymienione objawy?

TAK NIE

Jeżeli odpowiedź na którekolwiek z pytań jest twierdzące, to zgodnie z rekomendacjami zalecamy przełożenie wizyty na późniejszy termin

Oświadczam, iż zapoznałam/łem się z treścią klauzuli informacyjnej dot. ochrony danych osobowych stosowanej w Eskulap Sp. z o.o., która jest dostępna w siedzibie spółki i na stronie internetowej spółki.

Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje na temat moich danych osobowych oraz stanu zdrowia są zgodne z prawdą. W wypadku zatajenia jakichkolwiek informacji, biorę pełną odpowiedzialność za narażenie życia lub zdrowia pracowników Eskulap Sp. z o.o. oraz innych pacjentów obsługiwanych przez ww. podmiot medyczny.

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta/opiekuna

.....
temperatura ciała

.....
data pomiaru