

Wywiad epidemiologiczny

Data	
Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Telefon kontaktowy	
E-mail	

Deklaracja

Podjmując niezbędne środki ostrożności, w związku z ogłoszonym stanem epidemii wirusem SARS-CoV-2, niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

Przebywałem/-am w kraju/regionie ryzyka wskazanych przez WHO i GIS	Tak/Nie
Miałem/-am kontakt z osobami z obszarów zagrożonych	Tak/Nie
Miałem/-am kontakt z osobami, u których potwierdzono zakażenie koronawirusem	Tak/Nie
Miałem/-am kontakt z osobami poddanymi kwarantannie	Tak/Nie
Miałem/-am lub mam dalej niżej wymienione objawy: <ul style="list-style-type: none">○ Gorączka powyżej 38°C○ Kaszel○ Katar○ Uczucie duszności lub trudności w nabraniu powietrza○ Zapalenie spojówek	Tak/Nie (jeśli TAK, proszę zaznaczyć które)

Ponadto oświadczam, iż nie cierpię na choroby kardiologiczne, nadciśnienie, choroby układu oddechowego, cukrzycę, choroby onkologiczne, ani też nie stwierdzono u mnie obniżonej odporności immunologicznej, które to schorzenia kwalifikowałyby mnie do osób szczególnie zagrożonych ewentualnym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Ponadto oświadczam, iż nie przyjmowałem/-am w dniu wizyty leków przeciwzapalnych mogących obniżyć temperaturę ciała.

Oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wywiadzie są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Potwierdzam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

.....
(data i podpis)