

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY Z OSOBĄ ODWIEDZAJĄCĄ PACJENTA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta

Oddział data wizyty

Dane osobowe odwiedzającego:

1. Imię i nazwisko:

2. Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Telefon kontaktowy

WYWIAD (odpowiednie zakreślić):

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy był Pan/i chory/a na COVID-19 w ciągu ostatnich 6 miesięcy?
(zachorowanie potwierdzone pozytywnym wynikiem testu RT-PCR lub antygenowy) | TAK | NIE |
| 2. Czy jest Pan/i zaszczepiony/a przeciwko wirusowi SARS-CoV-2?
(szczepienie potwierdzone Unijnym Certyfikatem COVID) | TAK | NIE |
| 3. Czy posiada Pan/i dokument potwierdzający negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 wykonany nie wcześniej niż 48 godzin przed dniem odwiedzin | TAK | NIE |
| 4. Czy w ostatnich 14 dniach miał Pan/i objawy: | | |
| • temperatura ciała powyżej 37,5°C | TAK | NIE |
| • kaszel | TAK | NIE |
| • utrata smaku i/lub węchu | TAK | NIE |
| • biegunka | TAK | NIE |
| • ból gardła | TAK | NIE |
| 5. Czy w ostatnich 14 dniach u kogoś z domowników występowały objawy jw.? | TAK | NIE |
| 6. Czy w ostatnich 14 dniach miał Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą chorą na COVID-19 ? | TAK | NIE |

Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wywiadzie informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną i karną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli w celu weryfikacji epidemiologicznej osoby odwiedzającej pacjenta wobec występującego stanu epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Podanie danych jest dobrowolne, jednak w związku ze stanem epidemii COVID-19 na terytorium RP, skutkiem ich niepodania będzie brak możliwości wejścia w oddział i odwiedzenia pacjenta.

Przyjmuję do wiadomości, że administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej dostępnej na stronie: www.szpital-stw.com

.....
podpis osoby przyjmującej wywiad

.....
czytelny podpis osoby odwiedzającej