

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Lek. stom. Anna Kołodziej-Dziurzyńska
37-124 Kraczkowa 285
Tel. 017 22 66 584 / 665 620 620
www.nzozanadent.pl; e-mail:nzoz@nzozanadent.pl
NIP: 815-122-95-61 / REGON: 690577682

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA COVID-19

Data: …..-……-……..

Imię i nazwisko: ……

Pesel: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adres pacjenta: ……..

Telefon: ……..

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osoba poddaną kwarantannie **TAK / NIE**
2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/i w krajach o dużym nasileniu zachorowań na Covid-19 **TAK/ NIE**
3. Czy w ostatnich dniach miał/a Pan/i następujące objawy:

- ✓ gorączka **TAK / NIE**
- ✓ suchy kaszel **TAK / NIE**
- ✓ duszności **TAK / NIE**
- ✓ brak apetytu i jadłowstręt **TAK / NIE**
- ✓ biegunka **TAK / NIE**
- ✓ wymioty **TAK / NIE**
- ✓ bóle brzucha **TAK / NIE**
- ✓ utrata, lub pogorszenie węchu, smaku (szczególnie dzieci) **TAK / NIE**
- ✓ zapalenie spojówek **TAK / NIE**
- ✓ ból gardła **TAK / NIE**
- ✓ zespół grypowy **TAK / NIE**

4. Czy w dniu dzisiejszym przyjmował/a Pan/i którykolwiek z leków:

– zawierające PARACETAMOL, IBUPROFEN, KWAS ACETYLOSALICYLOWY **TAK / NIE**

5. Czy jest Pan/i zatrudniony/a w podmiocie leczniczym, ewentualnie czy świadczy Pan/i usługi na rzecz podmiotu leczniczego? **TAK / NIE**

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, - czy ma Pan/i wiedzę o przebywaniu na terenie w/w podmiotu osób z podejrzeniem zakażenia albo u których stwierdzono zakażenie wirusem COVID-19. **TAK / NIE**

UWAGA – właściwe zaznaczyć kółkiem

Temperatura ciała: …….. wg pomiaru

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej ankiecie są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.
Potwierdzam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.
Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322)
2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374)

……
(data, podpis świadczeniobiorcy lub
opiekuna prawnego, członka rodziny)