

Załącznik nr 1

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY Z OSOBĄ ODWIEDZAJĄCĄ PACJENTA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i Nazwisko pacjentaoddział.....

Dane osobowe odwiedzającego:

1. Imię i nazwisko:.....

2. Pesel:

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

3. Telefon kontaktowy.....

WYWIAD	odpowiednie zakreślić		jeśli tak, to kiedy
Czy przebywa Pan/i w kwarantannie lub izolacji	NIE	TAK	
Czy był Pan/i chory/a na COVID-19 w ostatnich 30 dniach	NIE	TAK	
Czy jest Pan/i zaszczepiony/a przeciwko wirusowi SARS-CoV-2	NIE	TAK	Do okazania Paszport COVID lub wynik testu
Czy w ostatnich 14 dniach miał Pan/i objawy:			
• gorączka powyżej/równa 37,5 ⁰ C	NIE	TAK	
• katar			
• kaszel	NIE	TAK	
• duszność	NIE	TAK	
• bóle mięśniowo-stawowe	NIE	TAK	
• utrata smaku i/lub węchu,	NIE	TAK	
• biegunka, nudności	NIE	TAK	
• inne objawy: np. osłabienie, zapalenie spojówek	NIE	TAK	
Czy w ostatnich 14 dniach u kogoś z domowników występowały objawy jw.?	NIE	TAK	
Czy w ostatnich 14 dniach miał Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobą chorą na COVID-19 ?	NIE	TAK	
Czy przebywał/a Pan/i w ostatnich 14 dniach w placówkach ochrony zdrowia: szpitalu, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie opiekuńczo-pielegnacyjnym, domu pomocy społecznej, oddziale opieki paliatywnej, itp.),	NIE	TAK	

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w niniejszym wywiadzie podałem/am świadomie i zgodnie ze stanem faktycznym oraz, że wyrażam dobrowolną zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych określonych w niniejszej ankiecie przez ZOD „Fregata” Sp z.o.o ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście.

Przeprowadzenie ze mną niniejszego wywiadu epidemiologicznego i złożenie przeze mnie oświadczeń potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
data, czytelny podpis osoby odwiedzającej