

## ANKIETA

## WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY Z OSOBĄ ODWIEDZAJĄCĄ PACJENTA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta .....

Oddział ..... Sala ..... Godz. odwiedzin.....

**Dane osobowe odwiedzającego:**

1. Imię i nazwisko ..... Telefon kontaktowy .....

2. PESEL:

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

3. 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	NIE	TAK	
Czy jest Pan/i zaszczepiony/a przeciwko wirusowi SARS-CoV-2	NIE	TAK	
Czy w ostatnich 14 dniach miał Pan/i objawy:			
• gorączka powyżej/równa 37,5 <sup>0</sup> C	NIE	TAK	
• kaszel	NIE	TAK	
• duszność	NIE	TAK	
• bóle mięśniowo-stawowe	NIE	TAK	
• utrata smaku i/lub węchu	NIE	TAK	
• biegunka	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?	NIE	TAK	
Wynik pomiaru temperatury podczas wejścia do budynku Szpitala .....			
data i podpis pracownika w punkcie triażu .....			

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 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej imienia doktora Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyszu

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

.....  
data, czytelny podpis osoby odwiedzającej