ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ
DO SANATORIUM UZDROWISKOWEGO "CICHE WĄWOZY" W NAŁĘCZOWIE

ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ DO UZDROWISKA		
PODMIOT LECZNICZY		
ZAKŁAD LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO		
ODDZIAŁ		
IMIĘ, NAZWISKO PACJENTA		
PESEL		
TELEFON KONTAKTOWY		
PALNOWANA DATA ROZPOCZĘCIA TURNUSU		ZAPROPONOWANA GODZINA PRZYJĘCIA NA LECZENIE:

1. ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI DO LECZENIA UZDROWISKOWEGO DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2	
Czy jest Pan/Pani lub był/była zarażona koronawirusem SARS-CoV-2?	**TAK/NIE** **Kiedy?**.....
Kiedy miał Pan/Pani robiony TEST wykrywający koronawirusa SARS-CoV-2 i jaki jest wynik testu?	**Kiedy?**..... **Wynik: DODATNI / UJEMNY**
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?	**TAK/NIE** **Kiedy?**..... **Gdzie?**.....
Czy u Pana/Pani wystepującobecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu, inne dolegliwości (np. bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, wymioty, wysypka, zapalenie spojówek, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?	**Gorączka: TAK/NIE, kaszel: TAK/NIE, duszność: TAK/NIE, trudności w oddychaniu: TAK/NIE,** **inne dolegliwości – TAK/NIE** **Jakie:**..... **Kiedy?**.....
Czy u któregoś z Pana/Pani domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości?	**TAK/NIE** **Jakie:**..... **Kiedy?**.....
Czy Pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym albo poddany izolacji?	**TAK/NIE** **Kto?**..... **Od kiedy?**.....
Czy Pan/Pani w ciągu ostatniego miesiąca przebywał/-a poza granicami Polski?	**TAK/NIE** **Kiedy?**..... **Gdzie?**.....
Czy Pan/Pani w obecnym sezonie był/-a szczepiony/-a przeciw grypie?	**TAK/NIE** **Kiedy?**.....
Czy Pan/Pani zaszczepiony przeciwko koronawirusowi SARS-Co V-2?	**TAK/NIE** **Kiedy?**.....
	data, podpis osoby zbierającej wywiad

2. WERYFIKACJA EPIDEMIOLOGICZNA W TRAKCIE PRZYJĘCIA PACJENTA DO UZDROWISKA			
DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA LECZENIA	DATA:	GODZINA:	TEMPERATURA CIAŁA (°C):
WYNIK TESTU rRT-PCR	DATA:	**DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)**	
Oświadczam, że powyższe informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem choty/-a również na odpowiedzialność karną.			**TAK/NIE**
			data, podpis pacjenta