SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Data	
Imięi nazwisko Pacjenta	
PESEL	
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

DATA										
1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
4. Czy występują u Pana(i) objawy? - gorączka powyżej 38oc	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- kaszel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMACJA:Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialnością karną.

Czytelny podpis pacjenta										
Autoryzacja osoby zbierającej wywiad										

SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Data	
Imięi nazwisko Pacjenta	
PESEL	
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

DATA										
1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
4. Czy występują u Pana(i) objawy? - gorączka powyżej 38oc	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- kaszel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMACJA:Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialnością karną.

Czytelny podpis pacjenta										
Autoryzacja osoby zbierającej wywiad										