

Imię i nazwisko pacjentki .....

**Wywiad:**

	NIE	TAK	TAK - od kiedy?
Czy jest Pani obecnie poddana kwarantannie?			
Czy jest Pani obecnie poddana nadzorowi sanitarnemu?			
Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przebywała Pani w innych szpitalach, placówkach medycznych lub opieki długoterminowej (DPS, ZOL, ZPO)?			
Czy przestrzegała Pani zasady autoizolacji przez 14 dni przed przyjęciem do szpitala w postaci: higieny rąk, zaprzestania kontaktów, noszenia maski, monitorowania temperatury 2 razy dziennie? <b>/dotyczy procedur planowych/</b>			
Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani kontakt ponad 15 minut w odległości < 2 metry bez maski z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID-19?			
Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani kontakt ponad 15 minut w odległości < 2 metry bez maski z osobą poddaną kwarantannie z powodu COVID-19?			
Czy ktoś z osób z Panią zamieszkujących (mąż, dziecko, rodzice itp.) ma obecnie lub miał w ciągu ostatniego tygodnia objawy infekcji dróg oddechowych?			
Czy zamieszkuje Pani razem z osobą towarzyszącą w porodzie rodzinnym? <b>/dotyczy pacjentek w ciąży/</b>			
Czy występowały u Pani następujące objawy w ciągu ostatnich 14 dni:			
Kaszel, duszność			
Bóle mięśniowe, głowy, osłabienie, gorączka			
Biegunka, wymioty			
Nagła utrata węchu i smaku			
Zapalenie spojówek			
Inne, jakie?			

Oświadczam, że podane informacje są prawdziwe i zdaję sobie sprawę z konsekwencji prawnych podania nieprawdziwych informacji, tj. odpowiedzialności karnej z art. 165 KK w zw. z §1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 9.10.2020 w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2020, poz. 1758 ze zm.) w zw. z art. 46a i 46b Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Przyjmuję do wiadomości, że:

- administratorem moich danych osobowych jest Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o., 01-004 Warszawa
- podanie powyższych danych osobowych jest konieczne dla przeprowadzenia weryfikacji epidemiologicznej ze względu na stan epidemii COVID-19 ogłoszony na terenie Polski (§ 1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 9.10.2020 w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii) i podjęcie stosownych działań profilaktycznych przez personel medyczny Szpitala, w zależności od wyniku ankiety
- moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji usług medycznych w warunkach epidemii COVID-19 w Polsce
- pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się na stronie <https://www.szpitalzelazna.pl/rodo-2/> oraz w oddziałach Szpitala.

Data i czytelny podpis Pacjentki .....

**Stan ogólny przy przyjęciu (ocena wstępna, pomiar temperatury należy wykonać w okolicy nadgarstka, klatki piersiowej, szyi).**

**Temperatura: .....TAK > 37,5°C..... saturacja:..... TAK < 94%.....**

.....  
Podpis/pieczętka osoby przeprowadzającej badanie