



ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA			
PESEL / DATA UR.			
ADRES			
NUMER TEL DO KONTAKTU/E-MAIL			

1. Czy posiadał(a) Pan(i) kontakt z osobą potwierdzoną dodatnią lub potencjalnie dodatnią
 Tak Kiedy?..... Nie
2. Czy jest Pan(i) w trakcie diagnostyki pod kątem COVID-19?
- | | | | |
|-----------|------------------|---------------|---------------------------|
| Wymaz PCR | Wymaz antygenowy | Test płytkowy | <input type="radio"/> Nie |
|-----------|------------------|---------------|---------------------------|
3. Czy występują u Pana(i) objawy?
- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Gorączka powyżej 38°C | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie |
| Kaszel | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie |
| Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie |
| Utrata węchu | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie |
| Utrata smaku | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie |
4. Czy jest Pan(i) w okresie kwarantanny lub izolacji
 Tak Od kiedy?..... Nie

5. TEMPERATURA.....

Mając na uwadze wprowadzony w Polsce stan zagrożenia epidemiologicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, jednocześnie będąc odpowiedzialnym za swoje zdrowie jak i innych obywateli Rzeczypospolitej Polskiej, ja niżej podpisany, **świadomy odpowiedzialności karnej** za składanie nieprawdziwych oświadczeń (art. 233 ust. 1 kodeksu karnego), oświadczam iż wszystkie wyżej podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową:

Podczas przebywania w gabinecie okulistycznym, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS CoV 2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19, w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina pacjenta).

Data wypełnienia

Czytelny podpis pacjenta

Czytelny podpis osoby wyznaczonej przez podmiot leczniczy