

Olsztyn, dnia 2020r.

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNYCH ZE STANEM FAKTYCZNYM

Czy w przeciągu ostatnich 14 dni wstąpiły u Pani/Pana takie objawy jak:		
Gorączka	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Duszność	TAK	NIE
Utrata powonienia lub/i smaku	TAK	NIE
Uczucie zmęczenia, rozbicia, bóle mięśniowe	TAK	NIE
Czy w trakcie ostatnich 14 dni :		
Był/a Pan/Pani objęty kwarantanną?	TAK	NIE
Przebywa Pan/Pani na kwarantannie?	TAK	NIE
Miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2	TAK	NIE
Pracował/a Pan/Pani lub przebywał/a jako odwiedzający w placówce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2	TAK	NIE
Miał/a Pan/Pani w przeciągu ostatnich 2 tygodni bezpośredni kontakt z osobą/osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok)		
Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok)		

Oświadczenie pacjenta

Świadomy odpowiedzialności wynikającej z przepisów prawa, w tym art. 161 § 2 Kodeksu Karnego „narażenie na zakażenie”, mając na względzie zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 (tzw. koronawirus), według swojej najlepszej wiedzy oświadczam, że dane powyższe są zgodne na dzień.....

.....

Czytelny podpis pacjenta

1. Do Pracowni CBCT/szpitala na badanie proszę przychodzić punktualnie, w miarę możliwości bez osób towarzyszących.
2. Proszę mieć na uwadze, że dla bezpieczeństwa wszystkich osób wchodzących do Pracowni CBCT/szpitala mogą zostać Państwo poproszeni o pozostanie (oczekiwanie) na zewnątrz szpitala.