

Ankieta wstępnej kwalifikacji Pacjenta do przeprowadzenia wizyty lekarskiej w okresie epidemicznym

Imię i nazwisko Pacjenta.....

Pesel:Nr telefonu.....

UWAGA: Proszę postawić znak: X pod każdym pytaniem przy jednej z odpowiedzi: TAK lub NIE

1. Czy u Pana(i) występowały do 7 dni wstecz, lub/i występują obecnie objawy infekcji takie jak: podwyższona temperatura (>37,3), kaszel, duszność, utrata węchu lub smaku, katar, biegunka, bóle mięśni, ból gardła, wysypka?

TAK	NIE
------------	------------

2. Czy Pan(i) jest osobą objęta aktualnie nadzorem epidemiologicznym, lub przebywającą w kwarantannie, lub skierowaną na hospitalizację z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID19?

TAK	NIE
------------	------------

3. Czy u Pana(i) domowników występowały do 7 dni wstecz, lub/i występują obecnie objawy infekcji takie jak: podwyższona temperatura (>37,3), kaszel, duszność, utrata węchu lub smaku, katar, biegunka, bóle mięśni, ból gardła, wysypka?

TAK	NIE
------------	------------

4. Czy ktoś z Pana(i) domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym, lub przebywa w kwarantannie, lub jest osobą hospitalizowaną z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID19, lub zmarł z powodu COVID19?

TAK	NIE
------------	------------

5. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) za granicą w rejonach objętych epidemią koronawirusa, po powrocie z których w Polsce obowiązuje kwarantanna, lub czy **mieszka Pani/Pan w tzw. „czerwonej strefie”**?

TAK	NIE
------------	------------

6. Czy jest Pan(i) zawodowo zaangażowany(a) w leczenie, opiekę lub inną formę bezpośredniego kontaktu z chorymi na COVID19?

TAK	NIE
------------	------------

- * **Jeśli udzieliłeś(aś) odpowiedzi TAK na któreś z powyższych pytań ZREZYGNUJ z wizyty w gabinecie i skorzystaj z porady lub terapii ZDALNEJ!**

* Oświadczam, że odpowiedziałem(am) na pytania zgodnie z prawdą i stanem faktycznym.

* Oświadczam, że jestem świadomy(a) ryzyka zakażenia COVID19 w warunkach epidemicznych, i rzekam się jakichkolwiek roszczeń kierowanych do dr hab. med. Marcina J. Jabłońskiego, oraz osób występujących pod firmą: Specjalistyczna Praktyka Lekarska dr Marcin Jabłoński. z tytułu potencjalnego zakażenia.

* Wyrażam zgodę na bezdotykowy pomiar temperatury ciała i zapis wyniku, w dniu wizyty.

Czytelny podpis i data.....

Temp: data, godz:/.....°C