

**ZGODNIE Z REKOMENDACJĄ GŁÓWNEGO INSPEKTORATU SANITARNEGO W TROSCE O BEZPIECZEŃSTWO PAŃSTWA
ORAZ PERSONELU MEDYCZNEGO NASZEJ PLACÓWKI PROSIMY O ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA.**

DATA:	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:	
PESEL:	
NR TEL.:	
E-MAIL:	



Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informuję, iż: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest WOMP-ZCLIP w Szczecinie ul. B. Śmiałego 33, 70-347 Szczecin. Dane zbierane są w celach weryfikacji symptomów COVID-19, odpowiedniego postępowania epidemiologicznego w przypadku zaistnienia podejrzenia lub zachorowania na COVID-19, oraz innych zdarzeń epidemiologicznych, w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się epidemii. Podstawą prawną przetwarzania dotyczących Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. d i e RODO w związku z: Ustawą z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (więcej informacji na stronie www.womp.szczecin.pl).

1) Czy jest Pan(i)/ dziecko/ lub któryś z domowników objęty(a) nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

TAK NIE

2) Czy w okresie ostatnich dwóch tygodni miał(a) Pan(i)/dziecko/ kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?

TAK NIE

3) Czy w okresie ostatnich dwóch tygodni miał(a) Pan(i)/ dziecko/ kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?

TAK NIE

4) Czy obecnie występują u Pana(i)/dziecka/ objawy infekcji?

gorączka powyżej 38°C / kaszel / bóle mięśni / bóle gardła /
 uczucie duszności - trudności w oddychaniu / nie występują powyższe objawy

5) Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

TAK NIE

6) Czy w ostatnich dwóch tygodniach pobierano od Pana(i)/dziecka/ lub któregoś z domowników test (wymaz) w kierunku koronawirusa?

Tak - u /mnie/dziecka/domownika/ data:, wynik: ujemny/dodatni/czekam na wynik
 Nie był pobierany wymaz

7) Czy w okresie ostatnich dwóch tygodni przebywał(a) Pan(i)/dziecko/podopieczny/któryś z domowników za granicą.

TAK NIE

UWAGA! Osoba, która świadomie zataja okoliczności choroby wirusowej COVID-19 narażając w ten sposób bezpośrednio inną osobę na zarażenie tą chorobą, **podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5**. Jeżeli osoba ta naraża na zarażenie wiele innych osób, **podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10** (art. 161 § 2 i § 3 Kodeksu Karnego).

.....
godzina i data

.....
czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna

* pola wyboru – zaznaczyć właściwe / tekst - niepotrzebne skreślić

Szanowny Pacjencie,

przyjmowanie pacjentów w naszych przychodniach nie jest zawieszane w okresie stanu epidemii COVID-19. Jednakże, pomimo podejmowania środków mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego naszym pacjentom, ryzyko zakażenia się COVID-19 w dalszym ciągu istnieje. W celu jego ograniczenia prosimy o przestrzeganie zasad higieny, przybycie w maseczce, w szczególności niedotykanie okolic twarzy (w tym oczu i nosa), dezynfekcję rąk na terenie i po opuszczeniu przychodni oraz możliwe szybkie umycie, odkażenie rąk po opuszczeniu przychodni. **Na terenie przychodni należy stosować bezwzględnie podstawowe środki ochrony osobistej jak maseczka, rękawiczki oraz stosowanie się do zaleceń personelu w odniesieniu do istniejącego stanu epidemii.**

.....
podpis pacjenta/rodzica/opiekuna