

# ANKIETA

Wywiad epidemiologiczny dla Pacjentów przyjmowanych w Specjalistycznym Gabinetie Lekarskim.

W trosce o bezpieczeństwo naszych Pacjentów poniższe informacje są niezbędne do kwalifikacji Pana/Pani do odbycia wizyty medycznej.

## Dane osobowe:

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania / pobytu .....

Telefon kontaktowy pacjenta..... Adres e-mail.....

Czy w przebiegu <b>ostatnich 14 dni</b> wystąpiła u Pani/Pana gorączka?	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Duszności	TAK	NIE
Biegunka/wymioty/ból brzucha	TAK	NIE
Stan podgorączkowy, inne objawy przeziębieniowe (ból gardła, ból głowy, uczucie wyczerpania, brak apetytu)	TAK	NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przebiegu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2, w tym z zawodowymi kierowcami ?	TAK	NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	TAK	NIE
Choroby współistniejące ( <b>proszę zaznaczyć kółkiem</b> ): nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego (choroba wieńcowa, przewlekła niewydolność serca, arytmia, osoby po przebytym zawale, udarze), choroby układu neurologicznego		
Temperatura ciała w dniu wizyty :		

## Pouczenie o odpowiedzialności karnej/cywilnej

**Wiem**, że za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy mogę być pociągnięty do odpowiedzialności na mocy art. 161§2 k.k. (Kto, wiedząc, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 – na podstawie art. 161§2 k.k.).

**Wiem**, że za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy mogę odpowiadać również na drodze postępowania cywilnego, w postępowaniu o odszkodowanie i zadośćuczynienie, jeżeli w skutek podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wyrządzona zostało placówce medycznej szkoda.

PODPIS CZYTELNY PACJENTA/DATA .....

## **Oświadczenia Pacjenta – ZGODA NA LECZENIE W STANIE EPIDEMII**

### **1. RYZKO**

**Jestem świadomy/a**, że podczas przybywania w Gabinetie Lekarskim, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Ryzyko istnieje zawsze, zaś jego całkowite wyeliminowanie nie jest możliwe.

Jestem świadomy, że poddanie się badaniom medycznym niesie za sobą ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Wiem, że do zakażenia może dojść poprzez inhalację aerozolu – utrzymującego się w powietrzu – a powstałego podczas badania innego pacjenta, pomimo zastosowania przez placówkę medyczną środków ochrony.

**Opisane ryzyko rozumiem oraz w pełni akceptuję.**

.....  
*Data i podpis Pacjenta*

### **2. POWIKŁANIA**

**Rozumiem i akceptuję** ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (koronawirusem/COVID-19), jak również możliwości wystąpienia w wyniku zakażenia powikłań, takich jak: ból w klatce piersiowej; trudności z oddychaniem; kaszel, duszności; zapalenia płuc; niewydolność oddechowa, w tym zespół ciężkiej niewydolności oddechowej; zwiększone krzepnięcie krwi i choroby z tym związane, w tym udar mózgu; zapalenie opon mózgowych; zespołu Guillaina-Barrego; choroby nerek; dolegliwości neurologiczne, śmierć.

Oświadczam, że na wizytę zgłosiłam/-em się dobrowolnie, nie będąc przez nikogo przymuszana/ym, mając świadomość tego, że od 20 marca 2020r. na terenie Rzeczypospolitej Polskiej został ogłoszony stan epidemii związany z masowymi zachorowaniami na COVID-19, którego transmisja ma charakter poziomy i u wielu chorych przybiera postać bezobjawową bądź postać zbliżoną do przeziębienia.

**Oświadczam**, że w ciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałam/-am u siebie oraz u osób z którymi na stałe przebywam objawów wskazujących na zarażeniem wirusem SARS-CoV-2, wskazanych w ankiecie wstępnej kwalifikacji przed wizytą lekarską.

**Oświadczam**, że zostałam poinformowany/-a o zasadach i rygorach sanitarnych panujących w placówce medycznej, które przyjmuję do wiadomości i zobowiązuje się do ich stosowania w zakresie mnie dotyczącym.

Zobowiązuje się natychmiast poinformować placówkę medyczną w sytuacji wystąpienia jakichkolwiek objawów objętych ankietą wstępnej kwalifikacji w terminie 14 dni od ostatniej wizyty.

.....  
*Data i podpis Pacjenta*

### **3. ZGODA**

**Oświadczam**, że przed podpisaniem dokumentu miałam/miałem możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi zrozumiałych dla mnie odpowiedzi.

**Oświadczam**, że jestem świadoma/świadomy opisanego powyżej ryzyka podczas wszystkich wizyt lekarskich, a podpis składam dobrowolnie.

**Wyrażam** zgodę na leczenie i objęcie mnie wszelkimi niezbędnymi procedurami medycznymi, koniecznymi do podjęcia ze względu na mój stan zdrowia.

**Wiem**, że zgodę mogę odwołać w każdym momencie.

.....  
*Data i podpis Pacjenta*