

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

do leczenia W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodka Profilaktyki i Leczenia
Uzależnień w Zabrze

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
Numer telefonu do kontaktu	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa?
(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)*
 Tak Nie
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?*
- 3) Czy występują u Pana(i) objawy? *
 - Gorączka powyżej 38°C
 - Kaszel
 - Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza
4. Czy występują u Pana(i) objawy kliniczne a wynik badania laboratoryjnego został sklasyfikowany jako „przypadek prawdopodobny”?*
5. Czy otrzymała Pan(i) decyzję o kwarantannie lub izolacji domowej albo czy inna osoba mieszkająca w gospodarstwie domowym otrzymała taką decyzję?*

Świadomy zagrożenia związanego z pandemią wirusa SARS –CoV-2 oświadczam, że:

- przyjmuję do wiadomości, że nie mogę zgłosić się do Ośrodka w przypadku jakichkolwiek dolegliwości, mogących wskazywać na zakażenie koronawirusem
- zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania ośrodka (telefonicznie) o zmianie mojego stanu zdrowia;
- obliguję się do przestrzegania wszystkich procedur higieniczno-sanitarnych bezpieczeństwa obowiązujących w Ośrodku, z którymi zostałem zapoznany.

Podpis pacjenta

.....

* Proszę zaznaczyć x właściwą odpowiedź