

**ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ
DO SANATORIUM UZDROWISKOWEGO "CICHE WĄWOZY" W NAŁĘCZOWIE**

ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ DO UZDROWISKA	
PODMIOT LECZNICZY	
ZAKŁAD LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO	
ODDZIAŁ	
NAZWISKO, IMIĘ PACJENTA	
PESEL	
TELEFON KONTAKTOWY	
PLANOWANA DATA ROZPOCZĘCIA TURNUSU	

1. ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI DO LECZENIA UZDROWISKOWEGO DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2

Czy jest Pan/Pani lub był/była zarażona koronawirusem SARS-CoV-2?	TAK/NIE Kiedy?.....
Kiedy miał Pan/Pani robiony TEST wykrywający koronawirusa SARS-CoV-2 i jaki jest wynik testu?	Kiedy?..... Wynik: DODATNI / UJEMNY
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?	TAK/NIE Kiedy?..... Gdzie?.....
Czy u Pana/Pani występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu, inne dolegliwości (np. bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, wymioty, wysypka, zapalenie spojówek, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?	Gorączka: TAK/NIE, kaszel: TAK/NIE, duszność: TAK/NIE, trudności w oddychaniu: TAK/NIE, inne dolegliwości – TAK/NIE Jakie:..... Kiedy?.....
Czy u któregoś z Pana/Pani domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości?	TAK/NIE Jakie:..... Kiedy?.....
Czy Pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym albo poddany izolacji?	TAK/NIE Kto?..... Od kiedy?.....
Czy Pan/Pani w ciągu ostatniego miesiąca przebywał/-a poza granicami Polski?	TAK/NIE Kiedy?..... Gdzie?.....
Czy Pan/Pani w obecnym sezonie był/-a szczepiony/-a przeciw grypie?	TAK/NIE Kiedy?.....
Czy Pan/Pani był/-a szczepiony/-a przeciw COVID-19?	TAK/NIE I dawka Kiedy?..... II dawka Kiedy?.....
data, podpis osoby zbierającej wywiad	

2. WERYFIKACJA EPIDEMIOLOGICZNA W TRAKCIE PRZYJĘCIA PACJENTA DO UZDROWISKA

DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA LECZENIA	DATA:	GODZINA:	TEMPERATURA CIAŁA (°C):
WYNIK TESTU rRT-PCR	DATA:	DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)	
Oświadczam, że powyższe informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem choty/-a również na odpowiedzialność karną.			TAK/NIE
data, podpis pacjenta			