Olsztyn, dnia ………………….. 2020r.

Imię i nazwisko:………………………………………………… PESEL:…………………………………………..

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNYCH ZE STANEM FAKTYCZNYM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy w przeciągu **ostatnich 14 dni** wstąpiły u Pani/Pana takie objawy jak: | | |
| Gorączka | TAK | NIE |
| Kaszel | TAK | NIE |
| Duszność | TAK | NIE |
| Utrata powonienia lub/i smaku | TAK | NIE |
| Uczucie zmęczenia, rozbicia, bóle mięśniowe | TAK | NIE |
| Czy w trakcie **ostatnich 14 dni**: | | |
| Był/a Pan/Pani objęty kwarantanną? | TAK | NIE |
| Przebywa Pan/Pani na kwarantannie? | TAK | NIE |
| Miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 | TAK | NIE |
| Pracował/a Pan/Pani lub przebywał/a jako odwiedzający w placówce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 | TAK | NIE |
| Miał/a Pan/Pani w przeciągu ostatnich 2 tygodni bezpośredni kontakt z osobą/osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności? | TAK | NIE |
| Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok) |  | |
| Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok) |  | |

Oświadczenie pacjenta

Świadomy odpowiedzialności wynikającej z przepisów prawa, w tym art. 161 § 2 Kodeksu Karnego „narażenie na zakażenie”, mając na względzie zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 (tzw. koronawirus), według swojej najlepszej wiedzy oświadczam, że dane powyższe są zgodne na dzień………………………

……………….…………………

Czytelny podpis pacjenta

1. Do Szpitala/na wizytę proszę przychodzić punktualnie, w miarę możliwości bez osób towarzyszących.
2. Proszę mieć na uwadze, że dla bezpieczeństwa wszystkich osób wchodzących do Szpitala, mogą zostać Państwo poproszeni o pozostanie (oczekiwanie) na zewnątrz Szpitala.