

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA



MEDICAL CLINIC & DAY SPA
Magda Bogulak

Imię

Nazwisko

Nr PESEL

Nr telefonu

Adres

	TAK	NIE			
Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą poddaną kwarantannie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą z widocznymi objawami infekcji górnych dróg oddechowych: gorączka powyżej 38°C, kaszel, duszność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Czy w ostatnich 14 dniach miał/a Pan/i kontakt z osobą zakażoną wirusem COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Czy w ostatnich dniach miał/a Pan/i następujące objawy:					
	TAK	NIE		TAK	NIE
gorączka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bóle brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suchy kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	utrata lub pogorszenie węchu, smaku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duszności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zapalenie spojówek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brak apetytu i jadłowstręt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ból gardła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
biegunka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zespół grypowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wymioty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Jestem świadomy/a, iż w okresie pandemii COVID-19 istnieje zwiększone ryzyko zarażenia podczas zabiegu, pomimo podejmowania wszelkich środków ostrożności.

Oświadczam, że spełnię wszystkie wymogi sanitarne obowiązujące w Sharley Medical Clinic & Day SPA Magda Bogulak. Oświadczam, że natychmiast poinformuję Sharley Medical Clinic & Day SPA Magda Bogulak, jeśli wystąpią u mnie objawy sugerujące chorobę Covid-19 w ciągu 14 dni po wizycie.

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych przez Sharley Medical Clinic & Day SPA Magda Bogulak.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322)
2. Ustawa 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 374)

Mijscowość, data

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna