

# ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA



MEDICAL CLINIC & DAY SPA  
Magda Bogulak

Imię

Nazwisko

Nr telefonu

	TAK	NIE
1. Czy występują u Ciebie objawy wskazujące na chorobę zakaźną takie jak katar, kaszel, podwyższona temperatura, trudności w oddychaniu lub bóle w klatce piersiowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy jesteś w trakcie obowiązkowej izolacji lub kwarantanny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy zamieszkujesz z osobą, która jest poddana obowiązkowej izolacji lub kwarantannie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy w ciągu ostatniego tygodnia miałeś/ miałaś kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie, zachorowanie lub skierowaną do izolacji?	<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.

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