

DOTYCZĄCY WIRUSA SARS-CoV-2 W CELU OCENY RYZYKA COVID-19

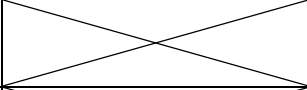

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer PESEL może zostać uzupełniony w placówce)

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana: — Gorączka — Kaszel — Katar — Duszności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy aktualnie przebywa Pani / Pan na kwarantannie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	<input type="checkbox"/> TAK Kiedy?	<input type="checkbox"/> NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK Kiedy?	<input type="checkbox"/> NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK Kiedy?	<input type="checkbox"/> NIE
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	<input type="checkbox"/> TAK Kiedy?	<input type="checkbox"/> NIE
Czy podróżował/a Pan/i w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK Kiedy?	<input type="checkbox"/> NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę: (proszę wpisać obok)		
Temperatura ciała w dniu wizyty : (proszę wpisać obok)		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień

.....
(podpis i pieczętka lekarza dentysty)

.....
(czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego))

Na wizytę, proszę przychodzić punktualnie (bez osób towarzyszących, dziecko tylko z jednym opiekunem).

Prosimy **WYPEŁNIONĄ ankietę** odesłać drogą mailową na adres kontakt@goldenmed.pl lub wysłać zdjęcie sms do godziny 10:00 w dniu wizyty. Nie wysłanie wypełnionej ankiety powoduje odwołanie wizyty. Kolejna wizyta będzie ustalona w terminie nie priorytetowym.