

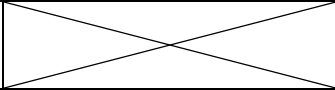
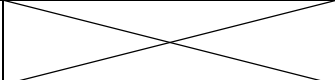
DOTYCZĄCY WIRUSA SARS-CoV-2 W CELU OCENY RYZYKA COVID-19

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

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

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana:		
— Gorączka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
— Kaszel	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
— Katar	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
— Duszności	<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	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy?	
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	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy?	
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	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy?	
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy?	
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	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy?	
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

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

Administratorem Twoich danych osobowych jest Centrum Medyczne Goldenmed przy ul. Odkrytej 4 w Warszawie (03-140) – działające w formie Inwest Med Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 33/101 w Legionowie (05-120), adres e-mail: kontakt@goldenmed.pl, numer telefonu 22 100 52 82, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000542564, numer NIP: 5272729539, REGON: 360773536.

W kwestiach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych, jak również w przypadku pytań lub wątpliwości, możesz skontaktować się z **Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@goldenmed.pl** lub listownie na adres Administratora.

**ZGODA PACJENTA
W CZASIE EPIDEMII WIRUSA SARS-CoV-2**

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

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

ZGODA

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego w Polsce koronawirusem SARS-CoV-2 wyrażam zgodę na przeprowadzenie usługi medycznej w Centrum Medycznym Goldenmed.

Jednocześnie oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem/-am u siebie objawów infekcji, nie miałem kontaktu z osobą objętą kwarantanną oraz nie przebywałem poza granicami Polski. Poświadczenie nieprawdy - a co za tym idzie narażanie osób drugih na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Warszawa,
(data)
(czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego))

**OŚWIADCZENIE PACJENTA
DOTYCZĄCE RYZYKA ZAKAŻENIA PATOGENAMI
PRZENOSZONYMI DROGĄ KROPELKOWĄ**

Podczas przybywania na terenie Centrum Medycznym Goldenmed, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina pacjenta).

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałem/-am możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi odpowiedzi, które w pełni zrozumiałem/-am.

Oświadczam, że jestem świadomy/-ma opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt w Centrum Medycznym Goldenmed, a podpis składam dobrowolnie.

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