

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

**Podanie danych osobowych jest dobrowolne**, jednakże jako podmiot leczniczy zobowiązani jesteśmy do prowadzenia dokumentacji medycznej związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób określony przepisami prawa. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji wizyty czy udzielenia świadczenia zdrowotnego.

**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.

**Imię i nazwisko pacjenta** .....

**nr PESEL**

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

(w przypadku braku numeru PESEL prosimy o podanie daty urodzenia)

PROSIMY O ZAZNACZENIE WYBRANEJ ODPOWIEDZI KRZYŻYKIEM

<p>Czy występują u Pani/Pana objawy infekcji dróg oddechowych? Jeśli tak to jakie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— gorączka &gt; 38°C <input type="checkbox"/></li> <li>— katar <input type="checkbox"/></li> <li>— kaszel <input type="checkbox"/></li> <li>— duszności <input type="checkbox"/></li> <li>— utrata smaku lub węchu <input type="checkbox"/></li> <li>— inne ..... <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

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

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

Warszawa, .....  
(data)

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