

OŚWIADCZENIE PACJENTA W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMII SARS-COV-2 (wywiad epidemiologiczny)

Imię..... Nazwisko.....

PESEL

Temperatura data godzina

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku ze stanem epidemii związanej z infekcją wirusem SARS-CoV-2, niniejszym oświadczam, że w okresie ostatnich 14 dni:

	TAK	NIE
Przebywałam/-em poza granicami Polski w ciągu ostatnich 14 dni		
Miałam/-em kontakt z osobami które w ciągu 14 dni powróciły do Polski zza granicy		
Miałam/-em kontakt z osobami z COVID-19 lub podejrzeniem tej choroby		
Miałam/-em w ciągu ostatnich 14 dni kontakt z osobami poddanymi kwarantannie		
Przebywałam/-em w dużych zbiorowiskach ludzkich (np. wesele)		
Miałam/-em w ciągu ostatnich 14 dni gorączkę, kaszel, katar, zapalenie spojówek, trudności w oddychaniu, duszność, ból gardła, osłabienie, bóle mięśni i stawów, utratę węchu i smaku		

Czy w dniu dzisiejszym przyjmowała Pani/Pan leki:

	TAK – proszę wpisać jakie?	NIE
Zawierające Paracetamol		
Zawierające Ibuprofen lub pochodne		
Zawierające kwas acetylosalicylowy (np. aspiryna).		

Inne: Pyralgin, Pyralgina		
------------------------------	--	--

Informacja w zakresie ogólnego stanu zdrowia:

Choruję TAK/ NIE	Wpisać, na jakie choroby
Przyjmuję leki TAK /NIE	Wpisać, jakie

Oświadczam, że jestem w pełni świadoma/-y konsekwencji prawnych wynikających z podania nieprawdziwych danych odnośnie mojego stanu zdrowia, lub zatajenia danych w zakresie stanu zdrowia i przyjmowanych leków. Jestem świadoma/-y, że podanie fałszywych danych może mieć niekorzystny wpływ na podjęte leczenie, i mój stan zdrowia. Oświadczam, że jestem świadoma/-y, że podanie przeze mnie nieprawdziwych danych w zakresie ww. lub zatajenie danych o moim stanie zdrowia w związku z występowaniem koronawirusa w Polsce (SARS-CoV-2 oraz COVID-19), może spowodować zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej. Jestem w pełni świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

..... Data i podpis czytelny pacjenta/opiekuna
prawnego

W związku z wprowadzeniem w dniu 20.03.2020 r. stanu epidemii w związku z wirusem SARS-CoV-2 zgodnie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 nr 226 poz.1943 z późn. zmianami) oraz art. 9 art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Nr 76, poz. 641 z późn. zmianami) udzielono mi informacji, które w pełni zrozumiałam o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, a także dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Zostałam poinformowana o zasadach i przepisach w zakresie ochrony danych osobowych (RODO).
Administratorem Danych Osobowych jest ISPL Małgorzata Bilińska, ul. Świtezianki 3, 80-124 Gdańsk

..... Data i czytelny podpis pacjenta