

Imię i Nazwisko pacjenta

Data urodzenia:

ANKIETA dotyczy PACJENTA i OPIEKUNA

Zakreśl kółkiem odpowiedź

1. Czy zaobserwowałeś u siebie takie objawy jak: gorączka, kaszel, duszność, problemy z oddychaniem ?
TAK / NIE
2. Czy miałeś kontakt z osobami podejrzanymi o zarażenie koronawirusem (Covid-19) ?
TAK / NIE

Oświadczam, że udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie zdrowia zarówno pacjenta, jak i opiekuna.

Wyrażam świadomą zgodę na leczenie/usługę w okresie stanu epidemii, zagrożenia epidemiologicznego ogłoszonego na terytorium RP.

Na terenie Przychodni zobowiązuję się do noszenia maseczki zakrywającej nos i usta oraz do zachowania dystansu minimum 1,5–2 m.

Oświadczam, że wizyta w przychodni odbyła się na moją wyraźną prośbę.

Data:

.....

(czytelny podpis pacjenta lub opiekuna)