

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

NAZWISKO	
IMIĘ	
PESEL	
TELEFON	

W związku z okresem epidemii SARS COV 2 prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania

NIE	TAK	
		Czy w chwili obecnej występują u Pana/Pani poniższe objawy: gorączka lub stany podgorączkowe, Kaszel, duszności, bóle mięśniowe, zmęczenie, bóle głowy bóle gardła, wymioty, biegunka utrata węchu i/lub smaku, pieczenie i zaczerwienienie oczu ?
		Czy niżej wymienione objawy występują u domowników gorączka lub stany podgorączkowe, Kaszel, duszności, bóle mięśniowe, zmęczenie, bóle głowy bóle gardła, wymioty, biegunka utrata węchu i/lub smaku, pieczenie i zaczerwienienie oczu ?
		Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą u której stwierdzono zakażenie SARS COV 2 ?
		Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan/Pani za granicą w rejonach objętych epidemią ? Jeśli tak to w jakim kraju?
		Czy przebył Pan/ Pani zakażenie SARS COV 2 ?
		Czy jest Pan/Pani lub był(a) w przeszłości poddany(a) izolacji/ kwarantannie ? Jeśli tak to do kiedy?

Administratorem danych osobowych jest Centrum Gastrologiczno-Hepatologiczne z siedzibą we Wrocławiu przy ulicy Krynickiej 37-39 lok.1 . Zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych.

Podstawa prawna:

- 1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń oraz chorób zakaźnych u ludzi*
- 2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych*

Temperatura: _____

Data i podpis pracownika

Data i podpis pacjenta
(na dzień pobytu w placówce)