Wywiad epidemiologiczny COVID-19

Imie i Nazwisko: .....
Pesel: ..... Nr telefonu ……
Data wypełnienia: ..... Temperatura ……..

- Czy występują u Pani/Pana objawy?

temperatuta powyżej 37 stopni C	tak☐	nie☐
kaszel	tak☐	nie☐
uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza	tak☐	nie☐
zaburzenia smaku, węchu	tak☐	nie☐
jadłowstręt, biegunka	tak☐	nie☐
bóle brzucha	tak☐	nie☐
nudności	tak☐	nie☐
zmęczenie	tak☐	nie☐
bole gardła	tak☐	nie☐
bóle mięśni i stawów	tak☐	nie☐
pieczenie oczu, uczucie piasku w oczach	tak☐	nie☐
wysypka	tak☐	nie☐

- Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał (a) Pan (i) w rejonach transmisji koronawirusa? **tak☐ nie☐**
- Czy w okresie ostatnich 14 dni miał (a) Pan (i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2? **tak☐ nie☐**
- Czy współmieszkańcy manifestują objawy ostrej infekcji dróg oddechowych (gorączka powyżej 38 stopni C, kaszel, uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza**)?** **tak☐ nie☐**

Oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłem(am) żadnej informacji.

Administratorem danych osobowych jest Poli-Med Bielsko Sp. z o.o. Galena Sp. k, ul.Żywiecka 71, 43-300 Bielsko-BIała. Pana/Pani dane są przetwarzane do celów związanych z działaniami podejmowanymi w zakresie przeciwdziałania pandemii (COVID-19) i zagwarantowania bezpieczeństwa osób przebywających na terenie Administratora danych. Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się na www.klinikagalena.pl/rodo

. ..... podpis pacjenta

Wywiad epidemiologiczny COVID-19

Imie i Nazwisko: .....
Pesel: ..... Nr telefonu ……
Data wypełnienia: ..... Temperatura ……..

- Czy występują u Pani/Pana objawy?

temperatuta powyżej 37 stopni C	tak☐	nie☐
kaszel	tak☐	nie☐
uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza	tak☐	nie☐
zaburzenia smaku, węchu	tak☐	nie☐
jadłowstręt, biegunka	tak☐	nie☐
bóle brzucha	tak☐	nie☐
nudności	tak☐	nie☐
zmęczenie	tak☐	nie☐
bole gardła	tak☐	nie☐
bóle mięśni i stawów	tak☐	nie☐
pieczenie oczu, uczucie piasku w oczach	tak☐	nie☐
wysypka	tak☐	nie☐

- Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał (a) Pan (i) w rejonach transmisji koronawirusa? **tak☐ nie☐**
- Czy w okresie ostatnich 14 dni miał (a) Pan (i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2? **tak☐ nie☐**
- Czy współmieszkańcy manifestują objawy ostrej infekcji dróg oddechowych (gorączka powyżej 38 stopni C, kaszel, uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza)? **tak☐ nie☐**

Oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłem(am) żadnej informacji.

. .....Podpis pacjenta

Administratorem danych osobowych jest Poli-Med Bielsko Sp. z o.o. Galena Sp. k, ul.Żywiecka 71, 43-300 Bielsko-BIała. Pana/Pani dane są przetwarzane do celów związanych z działaniami podejmowanymi w zakresie przeciwdziałania pandemii (COVID-19) i zagwarantowania bezpieczeństwa osób przebywających na terenie Administratora danych. Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się na www.klinikagalena.pl/rodo