



ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA PESEL

Numer telefonu do kontaktu/E-mail

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem SARS-CoV-2, niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

	TAK	NIE
czy przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/ któryś z domowników, za granicą w rejonach ryzyka wskazanych przez WHO i GIS?		
czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała za granicą w rejonach ryzyka wskazanych przez WHO i GIS?		
czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?		
czy Pan(i)/dziecko/podopieczny lub ktoś z Pana(i) domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna) lub miał/-a kontakt z taką osobą?		
czy obecnie występują/występowały u Pana(i) lub u któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, zapalenie spojówek, wysypka, bóle mięśni, trudności w oddychaniu/duszności, biegunka lub wymioty, bóle gardła, inne nietypowe)?		
czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach miał/-a Pan(i) kontakt z osobą lub u któregoś z domowników występują, występowały w/w objawy?		
czy w dniu dzisiejszym przyjmował/-a Pan(i) którykolwiek z leków przeciwgorączkowych/ przeciwbólowych (leki zawierające Paracetamol, Ibuprofen i pochodne, kwas acetylosalicylowy itp.)?		

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie w niniejszym wywiadzie dane są prawdziwe oraz zgodne ze stanem faktycznym.

Zobowiązuję się niezwłocznie, każdorazowo przed planowanym rozpoczęciem pracy z fizjoterapeutą/lekarzem/ logopedą w warunkach ambulatoryjnych lub domowych poinformować telefonicznie **o jakichkolwiek zmianach** zaistniałych w moim lub u współdomowników stanie zdrowia lub innych zmianach zawartych w pytaniach ankietowych.

.....
Data i podpis przyjmującego oświadczenie

.....
podpis pacjenta

Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową

Podczas przebywania w gabinetach Fizjoterapii s.c. lub pracy fizjoterapeuty/lekarza/logopedy w warunkach domowych, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina pacjenta).

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałam/miałem możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych dla mnie odpowiedzi.

Oświadczam, że świadomy(a) opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt, wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Data i podpis pacjenta

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322)
2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374)