

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM
(poprawna odpowiedź w kółko)

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|
| Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pana/i | gorączka : | TAK NIE |
| | kaszel : | TAK NIE |
| | katar : | TAK NIE |
| | duszności : | TAK NIE |
| 1.Czy był/a Pan/i objęta kwarantanna : | | TAK NIE |
| 2.Czy przebywał/a Pan/i na kwarantannie : | | TAK NIE |
| 3.Czy miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą u której stwierdzono zakażenie
SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym) | | TAK NIE |
| 4.Czy miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich
tygodni podróżowała/ przebywała w rejonie, w którym potwierdzona utrzymującą
się transmisję SARS-CoV-2 | | TAK NIE |
| 5.Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający/a w jednostce opieki
zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 | | TAK NIE |
| 6.Czy miał/a Pan/i w przeciągu dwóch ostatnich tygodni bezpośredni kontakt
z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności ? | | TAK NIE |
| 7.Czy podróżował/a Pan/i przeciągu dwóch ostatnich tygodni w regionie,
w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2 | | TAK NIE |
| Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok) | | |
| Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok) | | |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień

Na wizytę proszę przychodzić punktualnie (bez osób towarzyszących, do dziecka jeden rodzic).

O ewentualnej zmianie godzin będziemy Państwa informować. Na recepcji może przebywać tylko dwóch pacjentów.

Proszę WYPELNIĆ ankietę odesłać drogą mailową lub wysłać zdjęcie sms do godziny 10:00 w dniu wizyty.

Nie wystanie wypełnionej ankiety automatycznie wizyta jest odwołana. Kolejna wizyta będzie ustalona w terminie nie priorytetowym.

Data i podpis Pacjenta

Oświadczam, że zostałam poinformowana o zagrożeniu EPIDEMIOLOGICZNYM i stanie pandemii.

Wizyta w gabinecie ginekologicznym odbywa się na moje wyraźne życzenie i prośbę, na moją wyłączną odpowiedzialność i zdaję sobie sprawę z grożących konsekwencji dla życia i zdrowia.

W związku z Pandemią i brakiem możliwości odbycia wizyty w dotychczasowej formie, wyrażam zgodę, na formę płatnych teleporad. Jestem świadoma ograniczeń wynikających z tej formy świadczeń.

Telefon:

Mail:

Miejscowość, data.....

Podpis