MEDICOVER
SZPITAL

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

DATA i GODZINA												
IMIE I NAZWISKO												
PESEL												
NUMER TELEFONU DO KONTAKTU												
ADRES												
E-MAIL												

1) Czy występują u Pana(i) objawy infekcji dróg oddechowych ?

◯ Gorączka

◯ Kaszel

◯ Uczucie duszności - trudności w oddychaniu

Inne objawy ……

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) poza granicami Polski lub miał(a) Pan(i) kontakt z osobami, które powróciły z zagranicy?

◯ Tak

◯ Nie

3) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której podejrzewano/potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

◯ Tak

◯ Nie

4) Czy jest Pan(i) obecnie objęta kwarantanną?

◯ Tak

◯ Nie

5) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą objętą kwarantanną?

◯ Tak

◯ Nie

……..

PODPIS PACJENTA

Klauzula informacyjna zawierająca informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w związku z wymogami art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) jest dostępna w recepcji