

Oświadczenie Pacjenta - wywiad epidemiologiczny



Dane Pacjenta

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Pomiar temperatury: °C

Oświadczenie

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku ze stanem epidemii związanym z wirusem SARS- CoV-2, niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

	TAK	NIE
przebywałem/-am w kraju/regionie ryzyka wskazanych przez WHO i GIS		
miałem/-am tam kontakt z osobami z obszarów zagrożonych		
miałem/-am kontakt z osobami NCoV19		
miałem/-am kontakt z osobami poddawanymi kwarantannie		
miałem/-am gorączkę, podwyższoną temperaturę, kaszel, katar, zapalenie spojówek lub trudności w oddychaniu/duszności/ból gardła, biegunkę		

Czy w dniu dzisiejszym przyjmował/a Pan/Pani leki:

	TAK	NIE
zawierające Paracetamol		
zawierające Ibuprofen lub pochodne		
zawierające kwas Acetylosalicylowy		
inne: Pyralgin, Pyralgina, Realgin, Nefopam, Sativex		

Informacje w zakresie ogólnego stanu zdrowia:

	TAK	NIE
choruję (wpisać jakie choroby)		
przyjmuję leki (wpisać jakie leki)		

Oświadczam, że zdaję sobie sprawę z konsekwencji w przypadku podania nieprawdziwych danych odnośnie mojego stanu zdrowia, zatajenie danych w zakresie stanu zdrowia i przyjmowanych leków może mieć niekorzystny wpływ na podjęte leczenie, jak również może mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta.

Oświadczam iż mam świadomość, że podanie przeze mnie nieprawdziwych danych w zakresie ww. lub zatajenie danych o moim stanie zdrowia w związku z występowaniem koronawirusa w Polsce (SARS-CoV-2 oraz COVID-19), i zdając sobie sprawę, że zatajenie tych danych może spowodować zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny oświadczam, że: podane przeze mnie informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

W związku z wprowadzeniem w dniu 20.03.2020 r. stanu epidemii w związku z wirusem SARS- CoV-2 zgodnie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz.1943 z późniejszymi zmianami) oraz art. 9 art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Nr 76, poz. 641 z późniejszymi zmianami) udzielono mi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zostałem /am poinformowana o zasadach i przepisach w zakresie ochrony danych osobowych oraz o tym iż Administratorem Danych Osobowych jest Programed B.G Czubińscy, ul. Chopina 16a, 62-510 Konin.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego