



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku

38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26

tel.: 13 46 56 100

e-mail: szpital@zozsanok.pl, www.zozsanok.pl

ANKIETA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO – COVID 19

Imię i nazwisko:

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu

--

Adres zamieszkania:

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) / dziecko / podopieczny / któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak

Nie

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

Tak

Nie

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak

Nie

4. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

Tak

Nie

5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub kogoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak

Nie

.....
Data

.....
Godzina

.....
Czytelny podpis pacjenta



Pieczęć właściwej jednostki organizacyjnej SPZOZ w Sanoku

Załącznik do ogólnej zgody na hospitalizację / udzielanie świadczeń zdrowotnych

**ZGODA PACJENTA
NA HOSPITALIZACJĘ* / UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH*
W CZASIE ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO**

Ja niżej podpisany(a):

zam:

Pesel:

wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na hospitalizację w Oddziale / udzielanie świadczeń zdrowotnych* :

.....

.....

rodzaj świadczeń zdrowotnych (wypełnia pracownik)

Zostałem(am) poinformowany(a) o ryzyku związanym z hospitalizacją* / udzieleniem ww. świadczeń zdrowotnych*, wynikającym z możliwości zakażenia wirusem SARS-CoV-2, powodującym chorobę COVID-19, istniejącym pomimo zastosowania przez SPZOZ w Sanoku odpowiednich reżimów sanitarno-epidemiologicznych, jak również środków ochrony indywidualnej.

Oświadczam, iż w ramach przeprowadzonego wywiadu epidemiologicznego przekazałem(am) pełne i prawdziwe informacje dotyczące stanu zdrowia oraz wszelkie informacje niezbędne dla oceny zagrożenia zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 powodującego chorobę zakaźną COVID-19, w szczególności dotyczące kontaktu z osobami podejrzanym lub zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 lub chorymi na COVID-19, w tym z osobami objętymi kwarantanną, izolacją lub izolacją w warunkach domowych. Mam świadomość, iż zatajanie lub przekazanie niepełnych lub nieprawdziwych informacji w tym zakresie może stanowić podstawę pociągnięcia do odpowiedzialności karnej.

Sanok, dnia

.....
czytelny podpis pacjenta / osoby upoważnionej
(przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego itp.)

Niniejszy dokument nie zastępuje ogólnego formularza zgody pacjenta - stanowi jego załącznik w czasie zagrożenia epidemicznego COVID-19

INFORMACJA

SPZOZ w Sanoku informuje, iż w trosce o zdrowie pacjentów oraz pracowników zakładu, przed przystąpieniem do udzielania świadczeń zdrowotnych personelowi medycznemu sprawdzana jest temperatura ciała. Personel jest jednocześnie pouczony aby zgłaszać wszelkie przypadki występowania objawów charakterystycznych dla zakażenia wirusem SARS-CoV-2 powodującym chorobę COVID-19.

* - niewłaściwe skreślić;