

Imię i nazwisko

Data

Aktualna Temperatura.....

PESEL

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

Nr telefonu kontaktowego

1. Czy w ostatnich 14 dniach przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa?
 TAK NIE
2. Czy w ostatnich 14 dniach miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?
 TAK NIE
3. Czy w ostatnich 14 dniach miał(a) Pan(i) kontakt z chorym lub osobą, która podlega kwarantannie?
 TAK NIE
4. Czy występują u Pani(a) objawy?
 gorączka powyżej 38 st. C
 kaszel
 uczucie duszności- trudności w nabraniu powietrza
 biegunka
 wymioty
 zaburzenia węchu
 bóle mięśniowe

DATA WYPEŁNIENIA	
CZYTELNY PODPIS PACJENTA (jeżeli wizyta osobista)	
PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY ZBIERAJĄCEJ WYWIAD	

Wyrażam zgodę na poradę / badanie lekarskie / diagnostyczne Mam świadomość zwiększonego ryzyka epidemiologicznego zawleczenia zakażeń COVID - 19 przez personel medyczny, wobec ograniczeń dotychczasowej wiedzy i dostępności środków ochrony medycznej.

Świadomy/a zagrożenia w związku z realizacją wizyty/badania, nie będę rościł/a żadnych pretensji ani żądał/a zadośćuczynienia w stosunku do personelu medycznego i firmy ALDEMED Centrum Medyczne Sp. z o.o. w przypadku, gdy zachoruję na COVID-19.

.....
Data

.....
Podpis Pacjenta