**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

**DANE PACJENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA |  |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| NUMER TELEFONU |  |
| EMAIL |  |

PROSZĘ **KÓŁKIEM**  ZAKREŚLIĆ ODPOWIEDNIE ODPOWIEDZI

CZY JEST PANI/PAN ZDROWY ORAZ CZY ZDROWI SĄ WSZYSCY DOMOWNICY ZAMIESZKUJĄCY WSPÓLNIE Z PANIĄ/PANEM?

**PACJENT TAK NIE**

**DOMOWNICY TAK NIE**

CZY W OKRESIE OSTATNICH 14 DNI PANI/PAN LUB DOMOWNICY ZAMIESZKUJĄCY WSPÓLNIE MIELI KONTAKT Z OSOBĄ, U KTÓREJ POTWIERDZONO ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM?

**PACJENT TAK NIE**

**DOMOWNICY TAK NIE**

CZY WYSTĘPUJĄ U PANI/PANA LUB DOMOWNIKÓW PONIŻSZE OBJAWY?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PACJENT** | | **DOMOWNICY** | |
| GORĄCZKA POWYŻEJ 38 STOPNI | TAK | NIE | TAK | NIE |
| KASZEL | TAK | NIE | TAK | NIE |
| DUSZNOŚĆ | TAK | NIE | TAK | NIE |
| POMIAR TEMPERATURY |  | |  | |

OŚWIADCZAM, ŻE NIE PRZYJMUJĘ LEKÓW PRZECIWGORĄCZKOWYCH

PODANIE NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH STANU PACJENTA MOŻE SKUTKOWAĆ ZAKAŻENIEM INNYCH PACJENTÓW LUB PERSONELU GABINETU.

PODPIS PACJENTA ……………….……………………………………………………………………………………………

DATA: ………………………………………………………………………………………………………….……………………..

PODPIS OSÓB KWALIFIKUJĄCYCH:……………………………………………………………………………………

**Oświadczenie pacjenta dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową**

Podczas przybywania w GABINECIE DENTALMED, pomimo zastosowania wszelkich możliwych środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową.

Pacjent rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19, w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę pacjenta).

Data: ………………………………….

Czytelny podpis pacjenta:……………………………………………………