

Dokumenty, które pacjent podpisuje.

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Prawidłową odpowiedź prosimy zakreślić w kółko.

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pana/i Gorączka	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Duszności	TAK	NIE
Ból gardła	TAK	NIE
Zapalenie spojówek	TAK	NIE
Czy zgadza się Pan/i na zmierzenie temperatury termometrem bezdotykowym przez lekarza/asystentkę?	TAK	NIE
Czy jest Pan/i objęty/a obowiązkiem kwarantanny lub miał Pan/i kontakt z osobą objętą obowiązkiem kwarantanny?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 / COVID-19 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub przypadkiem prawdopodobnym)	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodniu podróżowała/przebywała w regionie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2 / COVID-19 ?	TAK	NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 / COVID-19 lub u których wystąpiły objawy infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny ?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	TAK	NIE
Czy podróżował/a, przebywał/a Pan/i w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-Cov-2 / COVID-19?	TAK	NIE

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

	TAK – proszę wpisać jakie?	NIE
Zawierające Paracetamol		NIE
Zawierające Ibuprofen lub pochodne		NIE
Zawierające kwas acetylosalicylowy		NIE
Inne: Pyralgin, Pyralgina, Realgin, Nefopam, Sativex		NIE

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 mój stan zdrowia. Oświadczam, iż mam świadomość, że podanie przeze mnie nieprawdziwych danych w zakresie ww. wskazanych 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 podpis czytelny pacjenta / opiekuna prawnego

.....

Po zapoznaniu się z powyższą ankietą przez lekarza dentystę dzisiejsza wizyta może zostać odroczone z uwagi na bezpieczeństwo innych pacjentów i personelu medycznego.

ZGODA NA LECZENIE

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Jestem świadom/a, że personel medyczny dopełnił wszystkich niezbędnych środków bezpieczeństwa, zarówno w zakresie środków ochrony osobistej jak i zbiorowej przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego.

Biorąc pod uwagę charakter rozprzestrzeniania się wirusa jestem świadom/a, że mimo zabezpieczeń wprowadzonych przez gabinet istnieje ryzyko zakażenia SARS-CoV-2. / COVID-19

Świadomie zgłaszam się na wizytę i proszę o wykonanie zabiegów koniecznych do kontynuacji leczenia.

Jestem świadom/a, że ze względu na dodatkowe koszty poniesione w okresie pandemii koronawirusa przeznaczone na zabezpieczenie personelu i pacjenta gabinet dolicza do wizyty dodatkową opłatę w kwocie **50 złotych**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322)
2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374)

Data i podpis czytelny pacjenta / opiekuna prawnego

.....