Goldenmed STOMATOLOGIA

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

DOTYCZĄCY WIRUSA SARS-CoV-2 W CELU OCENY RYZYKA COVID-19

Imię i nazwisko pacjenta ……..

nr PESEL | | | | | | | | | | | |

(numer PESEL może zostać uzupełniony w placówce)

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana: — Gorączka — Kaszel — Katar — Duszności	 ☐ TAK ☐ TAK ☐ TAK ☐ TAK	 ☐ NIE ☐ NIE ☐ NIE ☐ NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	☐ TAK	☐ NIE
Czy aktualnie przebywa Pani / Pan na kwarantannie?	☐ TAK	☐ NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	☐ TAK	☐ NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	☐ TAK	☐ NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	☐ TAK	☐ NIE
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	☐ TAK	☐ NIE
Czy podróżował/a Pan/i w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	☐ TAK	☐ NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę: (proszę wpisać obok)		
Temperatura ciała w dniu wizyty : (proszę wpisać obok)		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień …….…….

…..…….…….……..…... ……..……

(podpis i pieczątka lekarza dentysty) *(czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego))*

Na wizytę, proszę przychodzić punktualnie (bez osób towarzyszących, dziecko tylko z jednym opiekunem).

Prosimy **WYPEŁNIONĄ ankietę** odesłać drogą mailową na adres kontakt@goldenmed.pl lub wysłać zdjęcie sms do godziny 10:00 w dniu wizyty. Nie wysłanie wypełnionej ankiety powoduje odwołanie wizyty. Kolejna wizyta będzie ustalona w terminie nie priorytetowym.