

Szanowny Pacjencie,

W trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego, zgodnie z rekomendacjami GIS prosimy o uzupełnienie danych i udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL lub DATA URODZENIA:

NUMER TELEFONU DO KONTAKTU / e-mail:

1) Czy obecnie występują u Pana(i)/Dziecka/podopiecznego następujące objawy?

<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE	Gorączka powyżej 38 °C	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE	Ból gardła
<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE	Kaszel	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE	Utrata węchu/smaku
<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE	Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE	Inne.....

2) Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały ww. objawy u kogoś z domowników?

Nie

Tak

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

Nie

Tak

Oświadczam, iż zapoznałam/tem się z treścią klauzuli informatycznej dot. ochrony danych osobowych stosowanej w Olmed Sp. z o.o., która jest dostępna w siedzibie spółki i na stronie internetowej spółki (dot. informacji: RODO, monitoring wizyjny, COVID-19).

Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje na temat moich danych osobowych oraz stanu zdrowia są zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia jakichkolwiek informacji, biorę pełną odpowiedzialność za narażenie życia lub zdrowia pracowników Olmed Sp. z o.o. oraz innych pacjentów obsługiwanych przez ww. podmiot medyczny. Jednocześnie w przypadku wystąpienia nowych okoliczności dotyczących ww. informacji zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o zaistniałych zmianach.

.....
temperatura ciała

.....
Data i godzina pomiaru

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta/opiekuna