

OCENA RYZYKA ZAKAŻENIA WIRUSEM SARS COVID-19

- Czy miał/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 14 dni bliski kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS COVID-19 lub jest ono prawdopodobne? TAK / NIE (odpowiedź wziąć w kółko)
- Jeśli TAK to kiedy i z kim?
.....
- Czy Pani/Pan lub ktoś z domowników poddany jest kwarantannie z powodu podejrzenia SARS COVID-19? TAK / NIE
- Czy u Pani/Pana lub u domowników występuję kaszel, duszności i temperatura ciała powyżej 38°C, inne objawy infekcyjne? TAK / NIE
- Wyrażam świadomą zgodę na wizytę w trybie ambulatoryjnym w poradni Centrum Medycznego PROMED. Zdaję sobie sprawę ze zwiększonego ryzyka epidemiologicznego zawleczenia zakażeń SARS COVID-19 przez personel medyczny wobec ograniczeń dotychczasowej wiedzy i dostępności środków ochrony medycznej.

IMIĘ, NAZWISKO.....PESEL.....

TEMPERATURA CIAŁA (POMIAR PRZED WIZYTĄ)

KRAKÓW, DNIA.....

PODPIS.....