

# ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

<b>DATA</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	<b>PESEL</b>
<b>Numer telefonu do kontaktu</b>	
<b>E-mail</b>	

Zabiegi stomatologiczne są obciążone zwiększoną emisją czynników potencjalnie chorobotwórczych. Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa, oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

1) Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/podopieczny za granicą?

TAK/NIE

2) Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?

TAK/NIE

3) Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK/NIE

4) Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji?

(gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

TAK/NIE

5) Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w

objawy u kogoś z domowników ?

TAK/NIE

Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa/Państwa dziecka/Podopiecznego

Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje na temat moich danych osobowych oraz stanu zdrowia są zgodne z prawdą. W wypadku zatajenia jakichkolwiek informacji, biorę pełną odpowiedzialność za narażenie życia lub zdrowia pracowników placówki DentAR S.C. oraz innych pacjentów obsługiwanych przez wyżej wymienioną placówkę.

Oświadczam, że, pomimo wszelkich starań, dołożonych przez placówkę, jestem świadomy(a) ryzyka kontaminacji wirusem SARS-CoV-2 podczas udzielania świadczenia przez placówkę DentAR S.C. i zrzekam się prawa do roszczeń wobec placówki i jej pracowników w wypadku gdyby takie zakażenie nastąpiło.

.....  
(data i podpis)