

# 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>	
<b>Adres zamieszkania</b>	<b>Ulica .....</b>
	<b>Nr domu.....</b>
	<b>Kod pocztowy.....</b>
	<b>Miasto.....</b>

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

1) Czy występuje u Pana/Pani gorączka?

**TAK/NIE**

2) Czy występuje u Pana/Pani duszność?

**TAK/NIE**

3) Czy występuje u Pana/Pani kaszel?

**TAK/NIE**

4) Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/ na obszarze, w którym występuje lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19?

**TAK/NIE**

5) Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał na obszarze, w którym występuje lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19?

**TAK/NIE**

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

**TAK/NIE**

7) Czy miał Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19?  
Jako bliski kontakt należy rozumieć:

- zamieszkiwanie z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19

- bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 (np. podanie ręki)
- bezpośredni kontakt z zakaźnymi wydzielinami osoby z COVID-19 bez środków ochronnych (np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej)
- przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą – przez dowolny czas
- przebywanie w odległości 2 metrów od osoby chorej przez czas dłuższy niż 15 minut w sytuacji każdej innej ekspozycji niewymienionej powyżej
- kontakt personelu medycznego z chorym z COVID-19, sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym z COVID-19 lub kontakt z osobą pracującą w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia, uszkodzenie stosowanych środków ochrony osobistej lub ryzyko ich nieprawidłowego zastosowania w bezpośrednim kontakcie z osobą z COVID-19
- kontakt na pokładzie samolotu lub innych zbiorowych środków transportu, obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu)
- uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.

**TAK/NIE**

**8) Czy jest Pan/Pani czynnym zawodowo przedstawicielem zawodów medycznych, mogącym mieć kontakt z osobą zakażoną, podczas wykonywania obowiązków zawodowych, u których wystąpiły objawy infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny?**

**TAK/NIE**

Personel medyczny wykona pomiar temperatury.

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)