

Wywiad epidemiologiczny

IMIĘ I NAZWISKO: PESEL:

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM *(poprawna odpowiedź w kółko)*

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka?	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Duszności	TAK	NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną? <i>(jeśli tak, to w jakich dniach?)</i>	TAK	NIE
Czy przebywa Pani / Pan obecnie 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 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? <i>(jeśli tak, to gdzie?)</i>	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę <i>(proszę wpisać obok)</i>		
Informacja w zakresie ogólnego stanu zdrowia: Choruję: TAK/ NIE <i>Wypisać, na jakie choroby?</i>		
Jakie leki przyjmuje Pan/ Pani na stałe? Czy w przeciągu ostatnich 3 dni zostały przyjęte inne leki? <i>(jeśli tak, proszę wpisać obok nazwy wszystkich leków)</i>		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z stanem na dzień

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z regulaminem Panoramy Uśmiechu.

Proszę **WYPEŁNIONĄ ankietę** (lub zdjęcie wypełnionej ankiety) odesłać drogą mailową na adres: gabinet@panoramausmiechu.pl **najpóźniej do godziny 15.00 w dniu poprzedzającym wizytę.**

Niedostarczenie wypełnionej ankiety skutkuje automatycznym odwołaniem wizyty.

W przypadku pytań prosimy o kontakt z personelem gabinetu.

.....

Data i podpis Lekarza

.....

Data i podpis Pacjenta