**ANKIETA DLA PACJENTKI PRZYJMOWANEJ DO SZPITALA**

Imię:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Prosimy o wypełnienie ankiety poprzez wpisanie znaku X w prawidłowej rubryce.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJAWY** | **TAK** | **NIE** |
| Gorączka powyżej 38 °C  |  |  |
| Kaszel |  |  |
| Bóle mięśni |  |  |
| Duszność/problemy z oddychaniem |  |  |
| **WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY** |  |  |
| Czy miała Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS – CoV-2? |  |  |
| Czy miała Pani kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS – CoV-2? |  |  |
| Czy miała Pani kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie? |  |  |
| Czy miała Pani kontakt z osobami z udokumentowanym innym zakażeniem wirusowym (np. grypa)? |  |  |
| Czy przebywała Pani za granicą w ciągu ostatnich 14 dni? |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy zagrożenia epidemiologicznego i konsekwencji, jakie może spowodować podanie przeze mnie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe/zgodne z moim aktualnym stanem wiedzy. Zobowiązuję się, że w razie powzięcia informacji o nieznanych mi obecnie okolicznościach, niezwłocznie poinformuje o tym szpital/inną placówkę medyczną.

Oświadczam, że zostałem pouczony o treści art. 165 k.k.: § 1 pkt 1 Kto sprowadza niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach: 1) powodując zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej […]podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

 ………………………………………………..

 (data i podpis)