

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centrum Stomatologii Szkolnej
ul. Szkolna 7
89-530 Śliwice
NIP: 561 132 65 78



ANKIETA KWALIFIKACYJNA COVID-19

Data	
Imię i nazwisko pacjenta oraz rodzica/opiekuna	PESEL pacjenta oraz rodzica/opiekuna
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

Szanowni Państwo

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.

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/podopieczny za granicą? TAK/NIE

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą? TAK/NIE

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

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? TAK/NIE

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

Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna

.....