

**ANKIETA KWALIFIKACJI:**

**PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM**

*(poprawna odpowiedź w kółko)*

**IMIĘ I NAZWISKO:** ..... **PESEL:** ..... **DATA:** .....

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?	TAK	NIE
Czy przebywa Pani / Pan 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 miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	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
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę <i>(proszę wpisać obok)</i>		
Temperatura ciała w dniu wizyty <i>(proszę wpisać obok)</i>		

DATA	ISTOTNA UWAGA/INFORMACJA/ZMIANA W ANKIECIE	PODPIS
DATA	ISTOTNA UWAGA/INFORMACJA/ZMIANA W ANKIECIE	PODPIS
DATA	ISTOTNA UWAGA/INFORMACJA/ZMIANA W ANKIECIE	PODPIS
DATA	ISTOTNA UWAGA/INFORMACJA/ZMIANA W ANKIECIE	PODPIS
DATA	ISTOTNA UWAGA/INFORMACJA/ZMIANA W ANKIECIE	PODPIS

**Proszę zapoznać się także z „Procedurą Bezpieczeństwa” wdrożoną w Klinice Stomatologia Zarębscy a także z formularzem zgody na zabieg w okresie pandemii wirusa SARS CoV-2.**

Na wizytę, proszę przychodzić punktualnie (zgodnie z wytycznymi „Procedury Bezpieczeństwa”).  
O ewentualnych zmianach będziemy Państwa niezwłocznie informować. Przy recepcji może przebywać maksymalnie dwóch pacjentów.

**WYPEŁNIONĄ ankietę** proszę odesłać na adres [stomatologiazarebscy@gmail.com](mailto:stomatologiazarebscy@gmail.com) lub przynieść wydrukowaną, wypełnioną i podpisaną wraz z pozostałymi dokumentami. Usprawni to organizację pracy w poczekalni i Klinice.

W razie wątpliwości prosimy o niezwłoczny kontakt z Kliniką – tel. 799 30 40 50.

*Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z stanem na*

*podpis Pacjenta*