



GRAVIDA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
NR KSIĘGI: 000000165050
SPECJALISTYCZNY OŚRODEK GINEKOLOGII, POŁOŻNICTWA
I LECZENIA NIEPŁODNOŚCI GRAVIDA
GRAVIDA 01
03 PORADNIA LECZENIA NIEPŁODNOŚCI

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Zgodnie z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia, a także wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego, prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Wystarczy jedynie postawić X w odpowiedniej kratce. Należy podawać prawdziwe informacje. W ten sposób zapewnią Państwo bezpieczeństwo nie tylko sobie, lecz także innym pacjentom, jak i całemu personelowi Ośrodka Gravidia. Dziękujemy.

DATA: _____

IMIĘ I NAZWISKO: _____ PESEL: _____

TELEFON KONTAKTOWY: _____ e-mail: _____

1. Czy w ostatnim czasie był(a) Pan (i) chory(a)?

NIE **TAK** Rozpoznanie _____
Ile dni temu _____

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) poza terenem Polski, a zwłaszcza w rejonach transmisji koronawirusa SARS COVID-19?

NIE **TAK** Proszę podać nazwę kraju _____

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS COVID-19, bądź która przebywała w okresie kwarantanny?

NIE **TAK**

4. Czy w okresie ostatnich 14 dni pracował(a) lub przebywał (a) Pan(i) jako odwiedzający(a) w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych koronawirusem SARS COVID-19?

NIE **TAK**



5. Czy występują u Pana(i) objawy takie jak?

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|--|
| infekcja dróg oddechowych | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK, od ilu dni _____ |
| katar | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK, od ilu dni _____ |
| temperatura > 37,5°C | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK, od ilu dni _____ |
| kaszel | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK, od ilu dni _____ |
| ból gardła | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK, od ilu dni _____ |
| duszność | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK, od ilu dni _____ |
| bóle mięśniowe | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK, od ilu dni _____ |
| utrata węchu lub smaku | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK, od ilu dni _____ |
| inne, jak: _____ | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK, od ilu dni _____ |

6. Czy zdiagnozowano u Pana(i) koronawirusa SARS COVID-19?

- NIE TAK, ile dni temu _____ TAK, ale wyzdrowiałem(am)

7. Czy choruje Pan(i) na choroby takie jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby układu oddechowego, przewlekła choroba nerek, wątroby, bądź jest Pan(i) po przeszczepie lub w trakcie terapii lekami immunosupresyjnymi?

- NIE TAK, od jakiego czasu _____ Jaka choroba _____

8. Czy uczestniczył(a) Pan(i) w imprezach masowych w ciągu ostatnich 14 dni?

- NIE TAK

9. Temperatura ciała mierzona przed wizytą _____ °C

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że ankieta została wypełniona przeze mnie zgodnie z prawdą, co potwierdzam poniżej własnoręcznym podpisem. Wyrażam także zgodę na przetwarzanie powyższych danych, gromadzonych za pośrednictwem niniejszej ankiety w celu przekazania ich służbom sanitarnym bądź kryzysowym w razie stwierdzenia zakażenia koronawirusem SARS COVID-19 (podstawa prawna – art. 6 ust. 1 lit. c, art. 6 ust. 1 lit. f RODO, art. 9 ust. 2 lit. h RODO)

.....

(czytelny podpis pacjenta)