

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI I ZAZNACZYĆ X W ODPOWIEDNICH KWADRATACH

Imię i nazwisko

PESEL

Numer telefonu

Adres zamieszkania

ANKIETA ZWIĄZANA Z SYTUACJĄ EPIDEMIOLOGICZNĄ

Czy jest Pan(i) poddany(a) kwarantannie? TAK NIE

Czy w okresie ostatnich 14 dni:

■ wrócił(a) Pan(i) z zagranicy? TAK NIE

(jeśli tak, to ile dni temu i z jakiego kraju:)

■ miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS CoV-2? TAK NIE

■ miał(a) Pan(i) bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie? TAK NIE

■ występowały u Pana (i) objawy infekcji układu oddechowego i/lub pokarmowego? TAK NIE

Czy występują u Pana(i) objawy:

■ gorączka powyżej 38 °C TAK NIE

■ bóle mięśniowe TAK NIE

■ kaszel TAK NIE

■ uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza TAK NIE

■ zaburzenia węchu i / lub smaku, które pojawiły się w ciągu ostatnich 14 dni TAK NIE

■ biegunka TAK NIE

Przyjmuję do wiadomości, że podanie danych osobowych jest obowiązkowe, co wynika z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

WYPEŁNIA PRACOWNIK MEDYCZNY

Ciepłota ciała °C

.....
Podpis pracownika medycznego

.....
Data i podpis Pacjenta / opiekuna prawnego

Podstawa prawna: art. 9 ust. 2 lit. i) RODO oraz art. 17 ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Zgłaszając się w dniu dzisiejszym na konsultację lekarską / inną konsultację specjalistyczną, oświadczam, że:

1.

Informacje przekazywane przeze mnie lekarzowi / specjaliście / personelowi medycznemu dotyczące mojego stanu zdrowia i historii medycznej, w tym odpowiedzi na zadane w Ankiecie z poprzedniej strony pytania są zgodne z moją najlepszą wiedzą, prawdziwe i kompletne. Nie zataiłem(am) żadnej istotnej informacji i nie umieściłem(am) żadnego mylącego stwierdzenia. Rozumiem, że podanie niepełnych lub nieprawdziwych danych może powodować niepotrzebne ryzyko dla mnie, innych osób odwiedzających placówkę oraz jej personelu.

2.

Zostałem poinformowany(a), że zgodnie z zaleceniami wizyty na miejscu – w placówce – powinny odbywać się wyłącznie w uzasadnionych przypadkach. Zdaję sobie sprawę, że wizyta w placówce w obecnej sytuacji epidemiologicznej związana jest z podwyższonym ryzykiem zarażenia koronawirusem SARS CoV-2.

Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym oświadczeniu dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych jest Romana Borkowska prowadząca działalność gospodarczą pod nazwą ALERGO-MED Poradnia Specjalistyczna. Dane osobowe będą przetwarzane w związku z:

- kontaktem ze wskazanymi przez Pacjenta osobami upoważnionymi (zgoda jest dobrowolna);
- kontaktem z Pacjentem lub opiekunem prawnym Pacjenta w sposób telefoniczny, sms lub e-mail (zgoda jest dobrowolna);
- udzieloną zgodą na przesyłanie wyników badań laboratoryjnych/diagnostycznych drogą elektroniczną (zgoda jest dobrowolna);

We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: iod@alergo-med.com. Pozyskane dane osobowe mogą być przekazywane do innych podmiotów w przypadkach określonych w obowiązku informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO, który udostępniony jest na tablicach informacyjnych w placówkach ALERGO-MED oraz na stronach internetowych Poradni (alergo-med.com i badaniaIotniczolekarskie.pl).

- Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. Zapoznałem(am) się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO.**

.....
Data i podpis Pacjenta / opiekuna prawnego