

### ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

|                 |  |
|-----------------|--|
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL           |  |
| NUMER TELEFONU  |  |

1. Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich 14 dni bliski kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 lub jest ono prawdopodobne?

TAK                      NIE

2. Czy Pan(i) jest objęty kwarantanną z powodu podejrzenia SARS-CoV-2 ?

TAK                      NIE

3. Czy obecnie u Pana(i) występują:

|                          |     |     |
|--------------------------|-----|-----|
| TEMPERATURA POWYŻEJ 38°C | TAK | NIE |
| KASZEL                   | TAK | NIE |
| DUSZNOŚĆ                 | TAK | NIE |

4. Temperatura ciała w dniu wizyty .....

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią klauzuli informacyjnej w zakresie stosowania przez SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście postanowień i zaleceń wynikających rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), sporządzonej na podstawie art. 13 przedmiotowej regulacji.

.....  
data

.....  
podpis pacjenta