|  |
| --- |
| Wywiad epidemiologiczny Pacjent/Opiekun Pacjenta  |

Klinika Nowak

Plac Kościuszki 8

97-200 Tomaszów Maz

**DANE PERSONALNE**

Imię ……………………………………… Nazwisko ………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Deklaracja**
Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem SARSCoV-2, niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Tak | Nie |
| przebywałem/-am w kraju/regionie ryzyka wskazanych przez WHO i GIS |  |  |
| miałem/-am kontakt z osobami z obszarów zagrożonych |  |  |
| miałem/-am kontakt z osobami chorymi na COVID-19 |  |  |
| miałem/-am kontakt z osobami poddanymi kwarantannie |  |  |
| miałem/-am gorączkę, kaszel, katar, zapalenie spojówek lub trudności w oddychaniu/duszności |  |  |
| Jednocześnie pragniemy zapytać czy w dniu dzisiejszym przyjmowałeś/ -aś którykolwiek z leków: |
| **Zawierające Paracetamol**(Apap, Panadol, Paracetamol, Vicks, Fervex, Gripex, Etopiryna, , Metafen, Nurofen, Teraflu, Febrisan, Acenol, Calpol, Codipar, Efferalgan, Omnipap, Panacit, Paramax, Pedicetamol, Sinebriv, Flu Control, Grypolek, Cerugrip, GripBlocker, Grypostop, Coldrex, KidofenAntidol, Dafalgan, Paramax, Talvosilen, Ultracod, Solpadeine, Cefalgin, Saridon, Excedrin, Apopatram, Doreta, Exbol, Padolten, Palgotal, Paratram, Poltram, Synrtam, Tramadol, Tramapar, Tabcin, Zaldiar) |  |  |
| **Zawierające Ibuprofen i pochodne**(Ibuprom, Ibum, Metafen, Babyfen, Brufen, Ibalgin, Ibufen, Ibumax, Ibupar, Ibuprofen, Iburapid, Ifenin, Kidofen, MIG, Nurofen, Pediprofen, Flustad, Modafen, Acatar, Infex, Sudafed, Biprofenid, Febrofen, Ketonal, Ketoprofen, Ketores, Profenid, Refastin, Deksak, Ketesse, Skudeksa, Diklophenak, Diclac, Dicloduo, Dicuno, Majamil, Olfen, Voltaren, Artrotec ) |  |  |
| **Zawierające Kwas Acetylosalicylowy**(Aspiryna, Alcaprim, Alcaseltzer, Aspirin, Encopirin, GripBlocer, Maxipirin, Polopiryna, Pyramidon, Coffepirine, Dampiryna, Kopiryna, Etopiryna, Ekscedrin, Upsarin, Antygrypin, Ascalcin) |  |  |
| **Inne:** Pyralgin, Pyralgina, Realgin, Nefopam, Sativex |  |  |

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

**Podczas przebywania w gabinecie stomatologicznym, pomimo zachowania szczególnych form ostrożności i zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenosznym drogą kropelkową. Pacjent ( i/lub jego opiekun prawny ) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby ( w tym rodzina pacjenta ).**

 …………..………………………………………
 Data i podpis
Podstawa prawna:
1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
(Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322)
2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19,
innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374)