

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA		GODZINA		TEMPERATURA	
IMIĘ I NAZWISKO					
PESEL					
NR. TELEFONU					
E-MAIL					

1. Czy w okresie ostatnich dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?

TAK
NIE

2. Czy w okresie ostatnich dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywa / przebywała na kwarantannie?

TAK
NIE

3. Czy występuje u Pana(i) któryś nw. objawów?

Gorączka pow. 38°C
Kaszel
Uczucie duszności
Żadne z powyższych

.....
Podpis Pacjenta

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w „Ankiecie wstępnej kwalifikacji” przez Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych – Zakład Opieki Zdrowotnej S.A. w Polkowicach, ul, Kard. B Kominka 7 w celu identyfikacji zagrożenia COVID-19. Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres iod@pcuz.eu.

