

Nazwa placówki

Szanowni Państwo

Zabiegi stomatologiczne są obciążone zwiększoną emisją czynników potencjalnie chorobotwórczych.

Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa, oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/podopieczny za granicą? **TAK/NIE**

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą? **TAK/NIE**

Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? **TAK/NIE**

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? **TAK/NIE**

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników? **TAK/NIE**

Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa/Państwa dziecka/Podopiecznego

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjenta/opiekuna