



Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach
25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
tel: (0-41) 36-71-301, fax: (0-41) 34-50-623
e-mail: szpital@wszkielce.pl



WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY / OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko PESEL

<i>PACJENT</i>	<i>TAK</i>	<i>NIE</i>
Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpił kontakt z osobą poddaną kwarantannie		
Czy w ciągu ostatnich 14 dni odnotowano pobyt poza granicami kraju		
Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą zakażoną/ podejrzaną na COVID -19		
Czy w ostatnim czasie miał miejsce pobyt w innym szpitalu/ placówce ochrony zdrowia/ Gdzie i kiedy?.....		
Czy w ostatnich dniach wystąpiły następujące objawy:		
Gorączka		
Suchy kaszel		
Duszność		
Zapalenie spojówek		
Biegunka, wymioty		
Utrata lub pogorszenie węchu i smaku		
Objawy grypopodobne /infekcyjne		
Czy w ciągu ostatnich 12 godzin przyjmowano leki przeciwgorączkowe/przeciwbólowe.		

Oświadczenie

Ja..... niżej podpisany, pouczone(a) o odpowiedzialności karnej za spowodowanie niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach poprzez spowodowanie zagrożenia epidemiologicznego lub szerzenie się choroby zakaźnej, świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej od 6 miesięcy do 8 lat pozbawienia wolności zgodnie z Art. 165§1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.- kodeks karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2019r., poz.1950 ze zm.) oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszej ankiecie są prawdziwe i zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2019 poz. 1239 ze zm).

Ustawa z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych innymi sytuacjami kryzysowymi (Dz.U. 2020 poz.374 ze zm).

Miejscowość, dnia

Podpis pacjenta/opiekuna

Podpis osoby odbierającej wywiad epidemiologiczny