

PROSZĘ O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA:.....

Proszę zaznaczyć kołem właściwą odpowiedź.

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka?	Tak	Nie
Kaszel	Tak	Nie
Katar	Tak	Nie
Duszności	Tak	Nie
Zaburzenia smaku	Tak	Nie
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	Tak	Nie
Czy przebywa Pani/Pan na kwarantannie?	Tak	Nie
Czy miała Pani/Pan bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	Tak	Nie
Czy miała Pani/Pan bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/ przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	Tak	Nie
Czy pracowała Pani/Pan lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	Tak	Nie
Czy miała Pani/Pan w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	Tak	Nie
Czy podróżowała Pani/Pan w przeciągu dwóch ostatnich tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	Tak	Nie
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok).		
Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok).		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień

Dodatkowo potwierdzam, zapoznanie się z treścią art. 161 par. 2 Kodeksu Karnego „narażenie na zarażenie”.

§ 1. Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Kto, wiedząc, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 2 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 i 2 następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Data i podpis Lekarza:

Data i podpis Pacjenta: