Wniosek o zgodę na odwiedziny pacjenta w 1 WSzKzP w Lublinie

Data wniosku	Imię i nazwisko pacjenta	Oddział szpitalny

Data odwiedzin	Imię i nazwisko odwiedzającego	Oświadczenie i zobowiązanie
		- na terenie Szpitala noszę maseczkę zakrywającą nos i i usta *-warunkiem odwiedzin pacjenta jest wypełnienie danych zawartych we wniosku i ankiecie* *- poniższa ankieta epidemiologiczna jest zgodna ze stanem faktycznym* *- przestrzegam zaleceń wydanych przez personel w oddziale szpitalnym, gdzie przebywa pacjent odwiedzany* *……..……* *Podpis osoby odwiedzającej*

Data rozpatrzenia	Zgoda - autoryzacja	Brak zgody – uzasadnienie, autoryzacja

ANKIETA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO DLA OSOBY ODWIEDZAJĄCEJ PACJENTA 1 WSzKzP SPZOZ w Lublinie

Imię i nazwisko odwiedzającego:……..……..…… Telefon kontaktowy……..……..

Data ……

1) Czy w okresie ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której podejrzewano/potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?:

Tak ☐ Nie ☐

2) Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u Pana(i) następujące objawy (odpowiednie zaznaczyć):

	NIE	**TAK**	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
temperatura ↑38^{o}C			
kaszel,			
duszność			
Inne (zaburzenia smaku, zaburzenia węchu, biegunka, trudności w oddychaniu, ból gardła)			

Status uodpornienia osoby odwiedzającej (odpowiednie zakreślić):
- Osoba po pełnym cyklu szczepienia przeciwko COVID – 19: TAK / NIE
- Osoba po przechorowaniu COVID – 19 (do 180 dni od przechorowania): TAK / NIE
- osoba niezaszczepiona przeciw COVID-19, która posiada negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 (ważny 24 godziny od wykonania) : TAK / NIE

Status uodpornienia pacjenta (odpowiednie zakreślić):
- Pacjent po pełnym cyklu szczepienia przeciwko COVID – 19: ***TAK / NIE***
- Pacjent po przechorowaniu COVID – 19 (do 180 dni od przechorowania): ***TAK / NIE***

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z wirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, ze jestem chora/y – również na odpowiedzialność karną

…….. ……
Data Podpis Osoby odwiedzającej pacjenta

[1)]Rozkaz/Zarządzenie Komendanta 1 Wojskowego Szpital Klinicznego z Polikliniką w Lublinie Nr 187 z dnia 29.09.2022 r. w sprawie ograniczeń odwiedzin pacjentów w Szpitalu.