

**ANKIETA WERYFIKACJI STANU ZDROWOTNEGO I EPIDEMIOLOGICZNEGO OSOBY KORZYSTAJĄCEJ ZE ŚWIADCZEŃ W UZDROWISKU**

<b>PODMIOT LECZNICZY</b>	Klinika Uzdrawiskowa „Pod Tężniami” im. Jana Pawła II Spółdzielnia Usług Medycznych ul. Warzelniana 7 87 – 720 Ciechocinek	
<b>IMIĘ, NAZWISKO PACJENTA</b>		
<b>PESEL</b>		
<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>		
<b>PLANOWANA DATA ROZPOCZĘCIA TURNUSU:</b>		<b>ZAPROPONOWANA GODZINA PRZYJĘCIA NA LECZENIE*:</b>
<b>NUMER KSIĘGI GŁÓWNEJ (wypełnia podmiot leczniczy)</b>		

<b>1. ANKIETA DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2 – Tabela 1</b>	
<b>Czy jest Pan/Pani lub był/ była zarażony/a koronawirusem SARS-CoV-2?</b>	<b>TAK / NIE</b> Kiedy?.....
<b>Czy Pan/Pani był/a szczepiony/a przeciw COVID-19?</b>	<b>TAK / NIE</b> Kiedy?.....
<b>Czy i kiedy miał/a Pan/Pani robiony TEST diagnostyczny w kierunku SARS-CoV-2? Jaki jest wynik testu?</b>	<b>TAK / NIE</b> Kiedy?..... Rodzaj: RT-PCR / <b>ANTYGENOWY</b> Wynik: <b>NEGATYWNY / POZYTYWNY</b>
<b>Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan / Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?</b>	<b>TAK / NIE</b> Kiedy?..... Gdzie?.....
<b>Czy u Pana/Pani występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu, inne dolegliwości (np. bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, wymioty, wysypka, zapalenie spojówek, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?</b>	gorączka: TAK/NIE, kaszel: TAK/NIE, duszność: TAK/NIE, trudności w oddychaniu: TAK/NIE, inne dolegliwości – TAK/NIE Jakie:..... Kiedy?.....
<b>Czy u kogoś z Pana/Pani domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości?</b>	<b>TAK/NIE</b> Jakie: ..... Kiedy?.....
<b>Czy Pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym albo poddany izolacji?</b>	<b>TAK / NIE</b> Kto?..... Od kiedy?.....
	data, podpis pacjenta bądź osoby zbierającej wywiad

<b>2. WERYFIKACJA EPIDEMIOLOGICZNA W TRAKCIE PRZYJĘCIA PACJENTA DO UZDROWISKA- Tabela nr 2</b>			
<b>DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA LECZENIA</b>	<b>DATA:</b>	<b>GODZINA:</b>	<b>TEMPERATURA CIAŁA (°C):</b>
<b>WYNIK TESTU RT-PCR</b>	<b>DATA:</b>	<b>DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)</b>	
<b>WYNIK TESTU ANTYGENOWEGO</b>	<b>DATA:</b>	<b>DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)</b>	
<b>Oświadczam, że powyższe informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory/a – również na odpowiedzialność karną.</b>			<b>TAK / NIE</b>
data, podpis pacjenta			

\* Proszę podać przedział godzinowy np. 18:00 – 19:00, 17:00 – 18:00, 16:00 - 17:00, 15:00 - 16:00, 14:00 – 15:00, 13:00 - 14:00, itd.

## PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W STANIE EPIDEMIOLOGICZNYM

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Klinika Uzdrowskowa „Pod Tęźniami” im. Jana Pawła II – Spółdzielnia Usług Medycznych, ul. Warzelniana 7, 87-720 Ciechocinek**
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – [iod@podtezniami.pl](mailto:iod@podtezniami.pl) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku ze stanem epidemiologicznym i zapobieganiem rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. d) i e) oraz art. 9 ust. 2 lit. i) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu zakończenia stanu epidemiologicznego.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w szczególności te, których celem jest ochrona epidemiologiczna.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych o ile nie stoi to w sprzeczności z obowiązującymi przepisami prawa.
- 6) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 7) Podanie danych osobowych jest dowolne i służy bezpieczeństwu pracowników i petentów.
- 8) Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.