

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM (poprawna odpowiedź w kółko)

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień

Proszę **WYPEŁNIONĄ** ankietę (lub zdjęcie wypełnionej ankiety) odesłać drogą mailową na adres: tak@usmiechnijse.eu

W przypadku pytań prosimy o kontakt z personelem Centrum Stomatologicznego Uśmiechnij się tel. 602 233 537/22 859 12 00

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana gorączka?	TAK	NIE
Kaszel	TAK	NIE
Katar	TAK	NIE
Duszności	TAK	NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	TAK	NIE
Czy przebywa Pani / Pan na kwarantannie?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała za granicą?	TAK	NIE
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	TAK	NIE
Czy podróżował/a Pan/i w przeciągu ostatnich dwóch tygodni?	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę (proszę wpisać obok)		
Jakie leki przyjmuje Pan/ Pani na stałe? Czy w przeciągu ostatnich 3 dni zostały przyjęte inne leki? (Paracetamol, Ibuprofen Pyralgin, Pyralgina, Realgin, Nefopam, Sativex itd...		

Temperatura ciała w dniu wizyty.....

.....
Data i podpis Lekarza

.....
Data i podpis Pacjenta

Proszę obrócić na drugą stronę

Oświadczam, że mam świadomość iż podanie przeze mnie nieprawdziwych danych w zakresie wyżej wskazanych lub zatajenie danych o moim stanie zdrowia w związku z występowaniem epidemii koronawirusa w Polsce (SARS-CoV-2 oraz COVID-19), i zdając sobie sprawę, że zatajenie tych danych może spowodować zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej, **jestem świadomy** odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny , **oświadczam, że:**

- **podane przeze mnie informacje są kompletne i zgodne z prawdą.**

.....

Data i podpis Pacjenta

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Państwa danych osobowych jest CENTRUM STOMATOLOGICZNE UŚMIECHNIJ SIĘ SP. Z O.O. AL. JANA PAWŁA 11 80/C-32, 00 – 175 WARSZAWA, reprezentowane przez Małgorzatę Kalinowską. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Andrzej Peńsko Tel. +48668906046. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych przez CENTRUM STOMATOLOGICZNE UŚMIECHNIJ SIĘ, na podstawie art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiadacie Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu danych osobowych prawo ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych. Posiadacie Państwo prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uznacie, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Państwa narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. **Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem udzielenia świadczeń medycznych przez CENTRUM STOMATOLOGICZNE UŚMIECHNIJ SIĘ.** Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. CENTRUM STOMATOLOGICZNE UŚMIECHNIJ SIĘ nie stosuje metod zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.