

**ANKIETA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ DO PRZYJĘCIA NA REHABILITACJĘ  
DO 22 WOJSKOWEGO SZPITALA UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNEGO SPZOZ**

Imię i Nazwisko ..... PESEL .....

Adres  
.....

Nr telefonu: ..... E-mail: .....

1. Czy miał/a Pani/Pan w ostatnich 14 dniach kontakt z osobą, u której podejrzewano lub potwierdzono zakażenie SARS-COV2 **tak / nie**
2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni powrócił/a Pani/Pan z zagranicy **tak / nie**
3. Czy w czasie do 14 dni występowały objawy ostrego zakażenia z którymś z poniższych objawów (odpowiednie zakreślić)

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy (data)
Temperatura > 38 st. C			
Kaszel			
Duszność			
Bóle gardła, bóle mięśni			
Oslabienie			

4. Jeżeli przebył/a Pani/Pan COVID-19 i odbył/a wymaganą kwarantannę/izolację czy kontrolny ostatni test PCR dał wynik dodatni **tak /nie**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń–art. 233 §1 i § 6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

Data ..... Godzina ..... Podpis Pacjenta .....

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322).
2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374).

**DYREKTORA**  
**22. WOJSKOWEGO SZPITALA**  
**UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNEGO**  
**SPZOZ w Giechtowku**  
**lek. Dariusz MARCINOWSKI**  
**Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa**