

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

– OCENA ZAGROŻENIA ZAKAŻENIEM KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

Imię i nazwisko czytelnie _____

Data urodzenia _____

Telefon _____

Czy był(a) Pan(i) szczepiony/-a przeciw COVID-19?

TAK NIE

Rodzaj szczepionki _____

data pierwszej dawki _____

data drugiej dawki (jeśli dotyczy) _____

Prosimy przygotować dokument potwierdzający szczepienie (oryginał, skan lub wydruk z internetowego konta pacjenta po zalogowaniu na pacjent.gov.pl)

L.p	Pytanie	NIE	TAK	Uwagi dodatkowe
1	Czy chorował(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 2 tygodni?			
2	Czy ma Pan(i) gorączkę powyżej 37,5° C ?			
3	Czy ma Pan(i) którekolwiek z wymienionych objawów? bóle mięśniowe, duszność, kaszel, ból gardła, utrata węchu lub smaku, zapalenie spojówek, objawy „grypy żołądkowej” jak biegunki, wymioty			Jeśli tak, proszę wymienić jakie:
4	Czy zdiagnozowano u Pana/Pani COVID-19 ? <i>Jeśli tak, prosimy przygotować dokument potwierdzający wynik testu lub zaświadczenie potwierdzające wyzdrowienie</i>			Jeśli tak, to proszę wpisać kiedy?
Osoby niezaszczepione lub nie w pełni zaszczepione* prosimy również o odpowiedzi na poniższe pytania:				
5	Czy miał(a) Pan(i) w ostatnich 14 dniach kontakt z kimś, kto miał którekolwiek z w/w objawów?			
6	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?			
7	Czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą chorą na COVID-19?			Jeśli tak, to kiedy?
8	Czy jest Pan(i) w trakcie kwarantanny z powodu zagrożenia wirusem COVID-19?			Jeśli tak, to proszę podać datę rozpoczęcia i zakończenia kwarantanny:
9	Czy powrócił(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 14 dni z zagranicy?			Jeśli tak, to proszę podać datę powrotu i kraj, w którym Pan(i) przebywał(a): Jakim transportem Pan(i) podróżował(a): własnym czy zbiorowym (samolot, kolej, autokar, statek)?
10a	Czy przekraczał(a) Pan(i) zewnętrzną granicę UE na którymkolwiek etapie podróży?			
10b	Czy wykonywał(a) Pan(i) test antygenowy lub PCR w kier. SARS-CoV-2 przed przekroczeniem granicy RP albo po jej przekroczeniu ? <i>Jeśli tak to prosimy przygotować dokument potwierdzający negatywny wynik testu.</i>			Jeśli tak, to proszę podać datę pobrania:

Ważne pytania dodatkowe

11	Czy pracuje Pan(i) w ośrodku służby zdrowia lub w domu opieki?			Jeśli tak, to czy ma Pan(i) kontakt z pacjentami?
11a	Czy jest Pan(i) regularnie testowana w kierunku SARS-CoV-2?			Jeśli tak, to proszę podać datę pobrania i wynik ostatniego testu:

***Pełne szczepienie oznacza**, że w momencie zagrożenia (kontakty lub przekroczenia granicy) minęło co najmniej 15 dni kalendarzowych od przyjęcia drugiej dawki szczepionki Pfizer (Comirnaty), szczepionki Moderna, szczepionki AstraZeneca (Vaxzevria) lub przyjęcia jednodawkowej szczepionki Janssen (Johnson&Johnson). Szczepionki niedopuszczone do obrotu w UE nie są honorowane (Sputnik V, Sinovac, Novavax, CurVac)

Uwagi, które nie zostały uwzględnione powyżej, a miałyby wpływ na zwiększone ryzyko rozwoju COVID-19 u Pani/ Pana lub osoby z Państwem się kontaktującej:

.....
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że świadome i umyślne poświadczenie nieprawdy, skutkujące narażeniem osób drugich na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 lub innymi chorobami zakaźnymi, skutkować będzie określonymi następstwami prawnymi (będzie zgłaszane do odpowiednich organów).

Oświadczam, że miałem/-am możliwość zapoznania się z klauzulą informacyjną RODO (poniżej).

Data _____

Podpis _____

Potwierdzam, że pacjent przedstawił stosowny dokument potwierdzający szczepienie

Ewentualne dodatkowe uwagi oraz data i podpis upoważnionego pracownika nOvum przyjmującego ankietę i oświadczenie

UWAGI LEKARZA nOvum do punktu 11, jeśli dotyczy _____

Podpis lekarza przyjmującego ankietę

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

W związku z wymogami art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informujemy, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Przychodnia Lekarska nOvum Katarzyna Koziół Piotr Lewandowski sp.j, 02-807 Warszawa, ul. Bociania 13 (dalej Przychodnia), z którym można się skontaktować w następujący sposób:
 - listownie na adres: Przychodnia Lekarska nOvum ul. Bociania 13, 02-807 Warszawa
 - pocztą e-mail: sekretariat@novum.com.pl
 - telefonicznie: 22 566 80 00
- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/ Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych:
 - listownie na adres: ul. Bociania 13, 02-807 Warszawa, z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych,
 - pocztą e-mail: IOD@novum.com.pl
- Pani/ Pana dane osobowe, podane w powyższej ankiecie będą przetwarzane przez Przychodnię w celu realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 na podstawie:
 - art. 6 ust. 1 lit. d, art. 9 ust. 2 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. i RODO
 - w związku z ustawą z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.
 - w związku z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 poz. 1239, ze zm.).
- Podanie tych danych jest obowiązkowe ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego w celu ochrony przed zagrożeniami zdrowotnymi, w tym wypadku związanymi z zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem - COVID-19.
- Pani/ Pana dane zawarte w niniejszej ankiecie Przychodnia będzie przetwarzać, przez 6 lat – w związku z dochodzeniem i obroną przed roszczeniami dotyczącymi zrealizowanych usług.
- Przysługują Pani / Panu następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:
 - prawo dostępu do Pani/ Pana danych osobowych,
 - prawo żądania sprostowania Pani/ Pana danych osobowych,
 - prawo żądania usunięcia Pani/ Pana danych osobowych, tylko w sytuacji jeśli nie będziemy zobligowani przepisami prawa do ich przetwarzania,
 - prawo żądania ograniczenia przetwarzania Pani/ Pana danych osobowych.Ponadto przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa. Jednakże przed złożeniem skargi prosimy Państwa o poinformowanie Administratora/Inspektora ochrony danych o swoich krytycznych uwagach, aby mógł skorygować ewentualne nieprawidłowości będące powodem skargi.
- Pani/ Pana dane osobowe Przychodnia będzie przekazywać tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym przepisami prawa.
- Pani/ Pana dane nie będą przekazywane do Państw Trzecich, jak również nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, ani profilowaniu.