

**WNIOSEK O ZGODĘ NA ODWIEDZINY PACJENTA W SZPITALU
W STANIE EPIDEMII COVID 19
(proszę wypełnić drukowanymi literami)**

Zał. Nr 1a

DATA WNIOSKU	IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	SP ZOZ Szczepieszyn Szpital
		Oddział.....
DATA ODWIEDZIN	IMIĘ I NAZWISKO ODWIEDZAJĄCEGO	OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE: - na terenie Szpitala noszę maseczkę zakrywającą nos i usta - warunkiem odwiedzin jest wypełnienie ankiety wywiadu epidemiologicznego - wypełniona ankieta epidemiologiczna jest zgodna ze stanem faktycznym. Zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z wirusem SARS -CoV -2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną i karną. Podpis osoby odwiedzającej:
	PESEL	
	Adres	
	Tel. kontaktowy	

ANKIETA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO DLA OSOBY ODWIEDZAJĄCEJ PACJENTA
(odpowiednio zakreślić)

1.	Potwierdzenie pełnego szczepienie przeciwko COVID-19 – posiada Unijny Certyfikat COVID oraz upłynęło co najmniej 14 i nie więcej niż 365 dni od podania ostatniej dawki	Tak	Nie
2.	Potwierdzenie przebycia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 - posiada Unijny Certyfikat COVID z tytułu przebycia zakażenia, u której minęło od 11 do 180 dni od otrzymania pozytywnego wyniku testu PCR lub testu antygenowego.	Tak	Nie
3.	Posiada dokument negatywnego wyniku testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 (PCR lub test antygenowy) nie wcześniej niż 48 godzin przed dniem odwiedzin	Tak	Nie
4.	Czy w ostatnich 10 dniach miał/a Pana/i kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? Jeśli tak, to kiedy?	Tak	Nie
5.	Czy w ostatnich 24 godzin występowały u Pana/i następujące objawy	Tak	Nie
5a	Infekcji układu oddechowego(np. kaszel, ból: gardła, głowy, uszu, zatok,katar,gorączka).	Tak	Nie
5b	Infekcji układu pokarmowego (mdłości, wymioty, biegunka).	Tak	Nie
5c	Inne: wysypka, zaczerwienienie oczu, bóle mięśni i stawów.	Tak	Nie
6.			

Data i czytelny podpis osoby odwiedzającej.....

DATA ROZPATRZENIA	ZGODA – autoryzacja lekarza	BRAK ZGODY - uzasadnienie

1.Na podstawie art. 33 i w związku z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta mając na względzie zapewnienie kontaktu osobistego pacjentom Szpitala Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczepieszynie w sytuacji wystąpienia zagrożenia epidemicznego COVID -19 wprowadza się wzór wniosku o zgodę na odwiedziny.

2. SPZOZ rozpatruje niniejsze wnioski przesłane tylko w dni robocze do godziny 14:00 na adres e-mail: biuro@zoz-szczepieszyn.pl lub złożone w sekretariacie w Administracji. Jedynie w pilnych, szczególnych przypadkach, zgodę na odwiedziny może udzielić lekarz dyżurny oddziału szpitalnego (zebranie wywiadu telefonicznie, uzupełnienie wniosku i pomiar ciepłoty przy wejściu do szpitala).

3. Wniosek będzie rozpatrzony indywidualnie przez Lekarza Prowadzącego/ Lekarza Dyżurnego/Lekarza Kierującego Oddziałem, który weźmie pod uwagę ryzyko zagrożenia epidemicznego oraz harmonogram odwiedzin pacjentów oddziału.

4. SP ZOZ nie gwarantuje rozpatrzenia wniosku w dniu złożenia, w związku z czym planowana data odwiedzin powinna być przynajmniej kolejnym dniem.