

# KARTA WYWIADU CHOROBOWEGO PACJENTA

Imię i nazwisko ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1. Aktualne schorzenia leczone**

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Choroby przebyte w przeszłości**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Przebyte zabiegi operacyjne**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Alergie i przebyte reakcje uczuleniowe**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Przebyte choroby zakaźne**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Istotne dane zdrowotne**

.....  
.....  
.....  
.....

## 7. Wywiad epidemiologiczny pod kątem infekcji koronawirusem SARS-CoV-2

**1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?**

- tak  
 nie

**2. Czy występują u Pana(i) następujące objawy?**

- gorączka powyżej 38°C  
 kaszel  
 uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza  
 utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej  
 inne objawy wskazujące na infekcję  
 nie

**3. Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana(i) dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem? (Dotyczy tylko opiekunów dzieci)**

- tak  
 nie

**4. Czy występują u Pana(i) dziecka objawy? (Dotyczy tylko opiekunów dzieci)**

- gorączka powyżej 38°C  
 kaszel  
 uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza  
 utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej  
 inne objawy wskazujące na infekcję  
 nie

**5. Czy w był Pan/Pani szczepiony przeciw wirusowi SARS-CoV-2?**

- tak \*\*\*  
 nie

\*\*\* Ile razy .....; kiedy odbyło się szczepienie I-sze: ..... II-gie: .....

**Jeśli posiada Pan/Pani KARTĘ SZCZEPIENIA - proszę o zabranie karty na zaplanowaną wizytę.**

## 8. Oświadczenia pacjenta

Zostałem/-łam poinformowany/-a, że podanie przeze mnie nieprawdziwych, niepełnych danych wymaganych do bezpiecznego wykonania procedury medycznej czyni mnie odpowiedzialnym/-ną za ewentualną możliwość wystąpienia efektów niepożądanych. Jestem w pełni tego świadomy/-a.

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta)

Oświadczam też, że świadomie wyrażam zgodę na podjęcie działań ratujących moje zdrowie i życie w przypadku zagrażającym im, przez zajmujący się mną zespół medyczny, w razie takiej konieczności.

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta)

Oświadczam też świadomie, że wyrażam zgodę na rozszerzenie wykonywanej u mnie procedury w przypadku, gdy niewykonanie dodatkowych działań naraziłoby mnie na konieczność powtórki procedury w późniejszym terminie - o ile istnieją ku temu wskazania (np: biopsja, polipektomia...).

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta)