

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

W TROSCE O BEZPIECZEŃSTWO KAŻDEGO PACJENTA PROSIMY O WYPEŁNIENIE ANKIETY

DATA	
IMIĘ I NAWISKO PACJENTA	PESEL
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

1) Do jakiego lekarza Pan /Pani chce dostać.

- ☐ Tak POZ ☐ Tak AOS(podać specjalizację)
☐ Nie POZ ☐ Nie AOS.....(podać specjalizację)

Proszę podać przewidywaną datę wizyty.....

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

- ☐ Tak
☐ Nie

3) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

- ☐ Tak
☐ Nie

4) Czy występują u Pana(i) objawy?

- ☐ Gorączka powyżej 38 ° C
☐ Kaszel
☐ Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

5) Czy występują u Pania(i) inne objawy ?

- ☐ Nie
☐ Tak (podać jakie)

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

Centrum Medyczne ROYALMED **INFORMUJE** , że każdemu Pacjentowi, **również bez cech infekcji**, zgłaszającemu chęć wizyty u lekarza **POZ w pierwszej kolejności mamy obowiązek udzielić TELEPORADY.**

W CELU REALIZACJI TELEPORADY PROSIMY O KONTAKT POD NUMEREM TELEFONU 22-250-14-45 LUB WYPEŁNIONĄ ANKIETĘ PROSIMY PRZESYŁAĆ NA ADRES E-MAIL rejestracja@royalmed.com.pl

Tylko w sytuacjach kiedy jest to niezbędne Pacjent powinien zostać umówiony na konkretną godzinę do lekarza.

Lekarz udzielający TELEPORADY na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego i oceny stanu zdrowia pacjenta ma możliwość wystawienia zwolnienia lekarskiego. Ankieta niniejsza jest do pobrania na stronach: royalmed.com.pl lub facebook.com/CMRoyalMed/
PODPIS PACJENTA