

PACJENT/ - ka \_\_\_\_\_

*czytelnie imię i nazwisko*

*PESEL*

## ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA - OCENA ZAGROŻENIA ZAKAŻENIEM WIRUSEM SARS-COV-2

*(odpowiedź zgodną ze stanem faktycznym należy zaznaczyć kółkiem)*

Czy w przebiegu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pana/Pani gorączka?	TAK	NIE
Czy w przebiegu kilku ostatnich dni wystąpił u Pana/Pani kaszel ?	TAK	NIE
Czy w przebiegu kilku ostatnich dni wystąpił u Pana/Pani katar ?	TAK	NIE
Czy w przebiegu kilku ostatnich dni wystąpiły u Pana/Pani duszności?	TAK	NIE
Czy przyjmował/-a Pan/Pani leki przeciwgorączkowe w ciągu ostatnich 24 h (aspiryna, ibuprofen, paracetamol)	TAK	NIE
Czy przebywał/-a lub przebywa Pan/ Pani na kwarantannie?	TAK	NIE
Czy miał/-a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	TAK	NIE
Temperatura ciała w dniu wizyty <b>(proszę wpisać obok)</b>		

### OŚWIADCZENIE I ZGODA

Oświadczam, że ankietę wypełniłam/ -em zgodnie z 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).

Zapoznałam/-em się z poniższą informacją, że – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Niewada Clinic Implantologia i Stomatologia Estetyczna - w okresie zagrożenia epidemicznego wprowadzane są dodatkowe procedury związane z przebiegiem udzielania świadczeń zdrowotnych oraz klauzulą informacyjną na odwołanie dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych podanych w ankiecie.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty stomatologicznej w Klinice Niewada Clinic w Warszawie w trakcie trwania stanu epidemii w Polsce. Jestem świadom/-a ryzyka zarażenia podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt stomatologicznych, a podpis składam dobrowolnie.

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis Lekarza*

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis Pacjenta/-ki*

### **Dodatkowe procedury związane z przebiegiem udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie zagrożenia epidemicznego** **Szanowni Pacjenci,**

z uwagi na epidemię koronawirusa SARS-CoV-2 Klinika Niewada Clinic (dalej: **Klinika**) wprowadziła zmiany w regulaminie organizacyjnym. Jednocześnie informujemy, że zgodnie z zaleceniem Ministra Zdrowia z dn. 26.03.2020 zalecane jest ograniczenie zakresu działalności gabinetów stomatologicznych.\*

1. Pacjent wyrażający chęć odbycia wizyty w Klinice proszony jest o wypełnienie ankiety epidemiologicznej oceniającej zagrożenie zakażeniem koronawirusem SARS -COV -2 i podpisanie stosownego oświadczenia i zgody na wizytę w trakcie trwania epidemii.
2. Na terenie Kliniki obowiązuje noszenie maseczek zasłaniających nos i usta.
3. Po wejściu do Kliniki personel zmierzy Państwu temperaturę przy pomocy termometru bezdotykowego, warunkiem przyjęcia na wizytę jest temperatura ciała poniżej 36,9°C.
4. Prosimy w pierwszej kolejności o dezynfekcję rąk płynem odkażającym, ubranie wierzchnie prosimy zawiesić w szafie, wszystkie rzeczy osobiste, w tym telefon komórkowy prosimy schować w torbie. Następnie prosimy udać się do łazienki i dokładnie umyć ręce wodą z mydłem. Po umyciu prosimy o niedotykanie żadnych powierzchni i przedmiotów w Klinice.
5. W poczekalni Kliniki jednocześnie mogą przebywać maksymalnie 3 osoby.
6. W przypadku opóźnień ze strony Klinik, pacjent zostanie o tym poinformowany telefonicznie i poproszony o oczekiwanie na wizytę na zewnątrz Kliniki
7. Przy stanowisku rejestracji może przebywać tylko jeden pacjent.
8. Na fotelu stomatologicznym poprosimy o przepłukanie jamy ustnej 1% roztworem wody utlenionej.
9. Płatność za wizytę, w miarę możliwości, prosimy regulować kartą płatniczą.
10. Prosimy o przybycie na wizytę punktualnie, bez osób towarzyszących. Wyjątkiem są dzieci do 18 r.ż., które muszą być na wizycie z jednym z rodziców..

\*/ Aby dowiedzieć się więcej na temat rozporządzenia Ministra Zdrowia odwiedź witrynę [www.gov.pl](http://www.gov.pl)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

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

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Paweł Niewada prowadzący działalność gospodarczą NIEWADA CLINIC IMPLANTOLOGIA I STOMATOLOGIA ESTETYCZNA z siedzibą w Warszawie 02-765, al. Wilanowska 5 lok. uż. 2. - dalej **ADO**, z którym można się skontaktować w następujący sposób:
  - listownie na adres: NIEWADA CLINIC IMPLANTOLOGIA I STOMATOLOGIA ESTETYCZNA 02-765 Warszawa,
  - al. Wilanowska 5 lok. uż. 2
  - pocztą e-mail: [niewadaclinic@niewadaclinic.pl](mailto:niewadaclinic@niewadaclinic.pl)
  - telefonicznie: +48 22 408 20 20
2. 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: NIEWADA CLINIC IMPLANTOLOGIA I STOMATOLOGIA ESTETYCZNA 02-765 Warszawa,
  - al. Wilanowska 5 lok. uż. 2, z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych,
  - pocztą e-mail: [IOD@niewadaclinic.pl](mailto:IOD@niewadaclinic.pl)
3. 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.).
4. 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.
5. Pani/ Pana dane zawarte w niniejszej ankiecie Przychodnia będzie przetwarzać, przez 6 lat – w związku z dochodzeniem i obroną przed roszczeniami dotyczącymi zrealizowanych usług.
6. 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.
7. Pani/ Pana dane osobowe Przychodnia będzie przekazywać tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym przepisami prawa.
8. Pani/ Pana dane nie będą przekazywane do Państw Trzecich, jak również nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, ani profilowaniu.