

Ankieta

Nazwisko:	Imię:	PESEL: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Adres:		Telefon:												
pola tak/nie zaznacz znakiem „X”														
Czy jest Pan/Pani objęty/a kwarantanną?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
Czy ma Pan/Pani jakiegokolwiek objawy infekcji:														
- Duszność (trudności z oddychaniem)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
- Kaszel	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
- Inne: (jakie?)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
Wynik pomiaru temperatury:	<input type="text"/> °C (wartość)													
Wynik pomiaru temperatury powyżej 37,0°C	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
Czy ktokolwiek z domowników miał objawy infekcji w ciągu 14 dni?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
Czy w ostatnich 14 dniach uczestniczył/a Pan/Pani w zgrupowaniach masowych (ślub, zjazd rodzinny, koncert, itp.)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
Czy w ostatnich 14 dniach przebywał/a Pani/Pan na terenie Polski ze szczególnie wysoką ilością zachorowań (woj. Mazowieckie, Śląskie, Dolnośląskie, Wielkopolskie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
Czy w ciągu 14 dni przebywał Pan/Pani za granicą? (jeżeli tak, to podaj kraj):.....	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie													
Uwagi po triage w SOR:														

*Odpowiedź twierdząca na pytania 1-5 – weryfikacja medyczna

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- 1/administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie, ul. Leśna 1, 13-200 Działdowo;
- 2/kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Działdowie – iodo@spzoz-dzialdowo.pl
- 3/ Dane osobowe przetwarzane są w celu: związanym z przeciwdziałaniem COVID-19.
- 4/ Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w pkt3.
- 5/w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- 6/ posiada Pani/Pan:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO oraz prawo żądania do ich usunięcia
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis